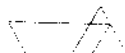


EVALUATIERAPPORT 1988

# GEZONDHEIDSZORG AAN DE BASIS





# GEZONDHEIDSZORG AAN DE BASIS

Ervaringen met de extramurale gezondheidszorg  
in de Nederlandse ontwikkelingssamenwerking  
vanaf 1975

(tweede druk, 1992)



# Voorwoord

---

Samenwerking met ontwikkelingslanden voor verbetering van de volksgezondheid heeft vanaf het begin een belangrijk onderdeel uitgemaakt van het Nederlandse ontwikkelingsbeleid. De motivatie lag onder meer in overwegingen van humanitaire aard, en gezondheid werd gezien als een voorwaarde tot economische ontwikkeling. Enkele jaren geleden ontstond bij Ontwikkelingssamenwerking de behoefte aan een evaluatieve terugblik op hetgeen Ontwikkelingssamenwerking op dat terrein heeft ondernomen en wat er is bereikt sinds 1975.

Die terugblik heeft in 1987 geleid tot een syntheserapport van evaluatiebevindingen op het gebied van gezondheidszorg verstrekt binnen de muren van ziekenhuizen, intramurale gezondheidszorg.

Dit rapport gaat over Nederlandse ervaringen met gezondheidszorgprojecten en programma's die zich hoofdzakelijk afspelen buiten het ziekenhuis, de 'extramurale' gezondheidszorg. Samen dekken de twee syntheserapporten het merendeel van de sector.

Het voorliggende rapport bestaat uit twee delen. Het eerste beschrijft in beknopte vorm de context waarin extramurale gezondheidszorg zich afspeelt. Het tweede geeft de belangrijkste bevindingen weer van 33 projecten die sinds 1975 zijn verricht.

Korte samenvattingen van alle geëvalueerde projecten zijn opgenomen in bijlage I.



# Inhoud

---

<b>SAMENVATTING</b>	1
<b>CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN</b>	9
<b>DEEL I. CONTEXT</b>	
<b>1. Gezondheid en gezondheidszorg in ontwikkelingslanden</b>	15
1. Inleiding	15
2. Strategieën	15
3. Conclusie	21
<b>DEEL II. BEVINDINGEN</b>	
<b>2. Werkwijze</b>	25
1. Inleiding	25
2. Soorten van evaluaties	26
3. Vergelijkbaarheid van evaluatiebevindingen	26
4. Indeling rapport	28
<b>3. Richting en doel</b>	29
1. Inleiding	29
2. Soorten van doelstellingen	29
3. Initiatief en formulering	31
4. Inzicht in de probleemsituatie	33
<b>4. Aanpak en opzet</b>	35
1. Inleiding	35
2. Benadering van de gezondheidszorg	35
3. Training	37
4. Dorpsgezondheidswerk(st)ers	39
5. Aanpassing, participatie en intersectorale actie	42
6. Kosten en financiering	46

<b>5. Resultaten</b>	51
1. Inleiding	51
2. Bereik van de gezondheidszorgactiviteiten	51
3. Training	53
4. Dorpsgezondheidswerkers	55
5. Aanpassing, participatie en intersectorale actie	56
6. Beleidsbeïnvloeding	60

<b>BIJLAGE I. Geïnspecteerde en geëvalueerde projecten/programma's</b>	61
--	----



# Samenvatting

---

Oorspronkelijk lag de nadruk in de gezondheidszorg vooral op ziekenhuizen. In veel landen was (en is nog steeds) het overgrote deel van het gezondheidsbudget hiervoor bestemd. De periferie, het platteland, bleef dikwijls verwaarloosd. Geleidelijk aan bleek echter dat ziekenhuizen maar weinig bijdroegen aan de verbetering van het gezondheidsniveau van de bevolking.

Om gezondheidszorg aan grotere groepen ten goede te laten komen zijn sinds de Tweede Wereldoorlog een aantal nieuwe strategieën ontwikkeld en toegepast, zoals het uitvoeren van allerlei campagnes ter bestrijding van volksziekten, verspreiden van basisvoorzieningen over het gehele land (Basic Health Services, BHS) en tenslotte primaire gezondheidszorg (Primary Health Care, PHC).

Deze strategieën worden hier samengevat met de term extramurale gezondheidszorg. Bij de BHS-strategie gaat het om het opzetten van netwerken van kleinere gezondheidscentra. Het werk in deze kliniekjes wordt veelal uitgevoerd door hulpverplegers of ander medisch middenkader. De kern van PHC ligt in het organiseren van een nog veel grotere spreiding van de gezondheidszorg door de introductie van kort opgeleide gezondheidswerk(st)ers. Bij de PHC-aanpak is de participatie van de bevolking in de uitvoering, planning en monitoring een van de hoofduitgangspunten.

Enkele jaren geleden ontstond bij Ontwikkelingssamenwerking de behoefte aan een evaluatieve terugblik op hetgeen Nederland op het terrein van gezondheidszorg heeft ondernomen en wat er is bereikt sinds 1975. Die terugblik heeft in 1987 geleid tot een syntheserapport van evaluatiebevindingen op het gebied van gezondheidszorg verstrekt binnen de muren van ziekenhuizen. Dit rapport gaat over Nederlandse ervaringen met gezondheidsprojecten en programma's die zich hoofdzakelijk afspelen buiten het ziekenhuis, de zgn. extramurale gezondheidszorg. Samen dekken de twee syntheserapporten het merendeel van deze sector.

Dit rapport bevat een synthese en analyse van 47 eerder uitgevoerde evaluaties van 33 door Nederland gesteunde projecten en programma's. Deze projecten tezamen omvatten zo'n driekwart van alle bilaterale projecten die door Nederland zijn ondersteund op dat terrein.

Uit de evaluatiestudies blijkt dat Nederland reeds geruime tijd zich inzet op het gebied van de extramurale gezondheidszorg. Het beleidsvoornemen om meer aandacht te besteden aan extramurale gezondheidszorg werd in de jaren zeventig al uitgestippeld en de hoofdlijnen daarvan zijn sindsdien niet veranderd. Wel werd dit beleid aangepast aan nieuwe internationale richtlijnen (Health for All by the year 2000). In 1986 is in de Notitie Gezondheidszorg nog eens extra benadrukt dat primaire gezondheidszorg zeer hoge prioriteit geniet in het Nederlandse hulpbeleid.

Deze accentverschuiving is ook waar te nemen in de door Nederland gecommiteerde fondsen ten behoeve van de gezondheidszorg. Het merendeel van de fondsen bestemd voor deze sector gaat thans in de richting van extramurale activiteiten. Wel dient hierbij opgemerkt te worden dat de totale besteding ten behoeve van gezondheidszorg over de afgelopen jaren in relatieve zin is afgenomen.

Naar doelstelling en aanpak kunnen de geëvalueerde projecten als volgt worden ingedeeld:

- projecten en programma's met een consequent uitgewerkte PHC-doelstelling, zoals Colombia, Liberia, Guinee Bissau, Nicaragua en Zambia;
- projecten gericht op componenten van PHC. Voorbeelden zijn India, Nepal, Niger, Senegal, Kameroen, Mali, Rwanda en KAP's in Peru;
- projecten waarbij het gaat om uitbreiding of verbetering van BHS-lokaliteiten, zoals India, Nepal, Noordjemen, Pakistan, Soedan, Zambia, de KAP's in Tanzania;
- projecten die zijn gericht op de opleiding van semi-professioneel kader voor de gezondheidscentra of -posten (India, Bangladesh);
- steun bij productie, leverantie en verspreiding van basisgeneesmiddelen voor gebruik in PHC- of BHS-verband. Voorbeelden hiervan zijn Mozambique en Nicaragua;
- steun aan vaccinatieprogramma's (Filippijnen).

Sinds 1978 is de nadruk steeds meer komen te liggen op de PHC-benadering als meest geschikte strategie om de reikwijdte (coverage) van gezondheidszorg te vergroten en de duurzaamheid (sustainability) te verhogen.

In de uitwerking van projectdoelen en plannen werd aan de volgende elementen bijzondere aandacht geschonken in de PHC-benadering. Bij het bespreken van deze hoofdelementen zal tegelijkertijd worden aangegeven aan de hand van de evaluatierapporten wat de ervaring is geweest op die punten.

### **Preventieve zorg**

Naast het belang dat gehecht wordt aan het genezen van ziekten wordt in de PHC-benadering de aandacht met name gelegd op hoe de ziekte te voorkomen. Hierbij spelen ook voorlichtingsactiviteiten een belangrijke rol. De gedachte daarbij is dat gezondheid maar ten dele afhangt van gezondheidsdiensten en -faciliteiten in strikt

medische zin en dat de leefwijze en de eigen zorg van de bevolking van even groot belang is.

In vrijwel alle rapporten wordt het feit vermeld dat de zorg vooral curatief is gebleven. Preventieve zorg is naar verhouding laag gebleven.

Dit gold niet alleen de activiteiten die eerder werden aangeduid als BHS; ook bij programma's die qua opzet en aanpak uitgaan van de PHC-benadering bleef curatieve zorg een belangrijk onderdeel. Gezondheidscentra en -posten concentreerden zich hierop met name. Het personeel besteedde aan curatieve zorg ook de meeste tijd of het nu artsen, 'medical assistants', verplegers of hulpverplegers waren. Ze beantwoordden daarmee overigens wel aan een belangrijke vraag vanuit de bevolking. Dorpsgezondheidswerkers boden dikwijls eerste hulp bij bevallingen, bij bestrijding van volksziekten, bij ongelukken en bij de meest voorkomende ziekten zoals diarree en luchtweginfecties. Genezing stond uiteraard ook voorop bij leveranties van geneesmiddelen ten behoeve van BHS en/of PHC.

### **Aanpassing**

Activiteiten hebben een grotere kans op langdurig succes naarmate ze beter aansluiten bij de gevoelde behoefte en de culturele, sociale, financiële en technische mogelijkheden van de plaatselijke bevolking. Bij de PHC-benadering gaat men ervan uit dat gezondheidszorg zich aan deze mogelijkheden aanpast en gestalte krijgt met gebruik van zo veel mogelijk eigen middelen.

Zeker in de beginfase van de projecten – dikwijls samenvallend met de eerste stappen in PHC door de betreffende ontwikkelingslanden – was de aanpassing niet optimaal. Ten aanzien van de dorpsgezondheidszorg kwam dat onder meer tot uiting in de selectie van dorpswerkers, leermiddelen en trainingsmethodieken. Soms waren ook de componenten ter ondersteuning van de reguliere gezondheidsdienst zoals gebouwen overdadig uitgevoerd.

Afstemming en samenwerking met de traditionele gezondheidszorg verliep eveneens moeizaam en kreeg vaak ook te weinig aandacht. Wel slaagden een aantal projecten erin samenwerkingsverbanden te leggen met traditionele vroedvrouwen.

In een aantal projecten kwam er geleidelijk tijdens de uitvoering een goede aanpassing tot stand, onder andere in Mali, Colombia, Liberia.

### **Participatie**

Aanpassing lijkt pas goed te verwezenlijken als de mensen om wie het gaat zelf betrokken worden bij en participeren in de activiteiten.

Meer dan bij vorige strategieën het geval is, wordt bij de PHC-benadering een grote betrokkenheid en werkzaamheid van individuen en van de gemeenschap verondersteld en aangemoedigd. Het gaat dan niet alleen om allerlei hand- en spandiensten bij constructie van faciliteiten maar ook bij het in kaart brengen van de meest urgente problemen, bij planning, opzet en uitvoering van activiteiten, bij evaluatie en bij zelfstandige voortzetting van activiteiten. Het wordt de laatste jaren steeds vaker onderkend dat vrouwen een zeer belangrijke rol spelen bij het vergroten van de effectiviteit en doelmatigheid van ontwikkelingsactiviteiten in het algemeen en programma's als PHC in het bijzonder. Vrouwen vervullen immers een spilfunctie in de dagelijkse zorgverlening, zoals voedselbereiding en kindzorg, en ten aanzien van family planning.

Participatie, een sleutelbegrip in PHC, blijkt echter in de praktijk moeilijk in te vullen. Voorwaarde is dat plaatselijke en centrale overheden open staan voor invloed van onderaf. Uitgezonden deskundigen dienen in voldoende mate te beschikken over gedegen sociale en culturele kennis van de betreffende gemeenschappen en over de benodigde communicatievaardigheden.

Het betrekken van de bevolking in het ontwikkelingsproces wordt in de evaluatierapporten slechts globaal aangegeven. Een veel voorkomende vorm van participatie is het leveren van een financiële bijdrage. In Zambia, Liberia en Colombia speelden dorpscomités een belangrijke rol bij de besluitvorming. In India en Colombia werden intensieve pogingen gedaan om modellen te ontwikkelen om participatie te bewerkstelligen.

In de meeste projecten die zijn onderzocht is de vrouwencomponent onderbelicht. Dit geldt met name voor de aanvangsfase van de geëvalueerde projecten. Recent goedgekeurde of verlengde activiteiten geven blijk van verbetering.

Bij de uitvoering stuit men soms op sociale en culturele weerstanden. Zo komen er problemen bij de aanstelling van vrouwen als VHW in Zambia, Mali, Niger en Jemen. Een goed voorbeeld van participatie van de vrouw in de gezondheidszorg, mede vanwege het nationale beleid op dit punt, is Nicaragua.

### **Intersectorale actie**

Uitgangspunt voor planning en actie bij PHC is dat ziekten veroorzaakt worden door factoren die traditioneel tot 'andere sectoren' worden gerekend zoals voedsel, water, behuizing. Vandaar dat met veel van deze sectoren een samenwerking wordt gezocht.

Hoewel er in een aantal projecten met een zeker succes aan intersectorale samenwerking en intersectorale bevordering van de gezondheid vorm werd gegeven,

blijkt deze component in de geëvalueerde projecten het minst uit de verf te komen.

Intersectorale actie wordt nog als een 'luke' gezien, waar helaas geen tijd voor is. Het feit dat hiervoor verschillende ministeries en organisaties dienen samen te werken, is een complicerende factor. De evaluaties geven weinig indicaties hoe de interactie tussen de verschillende sectoren het best kan worden bereikt. Zonder intersectorale aanpak zullen echter de effecten van gezondheidsprojecten wel eens zeer beperkt kunnen blijven.

### **Gezondheidswerk(st)ers**

Een cruciale rol bij de uitvoering van PHC-activiteiten spelen de dorpsgezondheidswerk(st)ers (Village Health Workers, VHW's). Het dorp kiest gewoonlijk uit eigen kring een persoon voor praktische opleiding tot gezondheidswerk(st)er. De officiële gezondheidsdienst ondersteunt deze gezondheidswerk(st)ers in de vorm van technische adviezen, (na)scholing en eventuele bevoorrading. Het dagelijkse toezicht op het functioneren blijft in eerste instantie liggen bij de dorpsbewoners, onder andere via een gekozen gezondheidscomité. Een belangrijke voorwaarde voor succes van PHC is de regelmatige beschikbaarheid van een minimum aan hulpmiddelen, zoals basisgeneesmiddelen.

Voorzover in de projecten sprake was van aanzetten tot PHC en inzet van VHW's bleek meerdere keren dat de verwachtingen te hoog gesteld waren: zij moesten ongeveer alles doen wat een normale gezondheidsdienst doet of moet doen. Dat blijkt een onmogelijke eis. Een realistisch alternatief is dat de VHW in eerste instantie doet wat hem het best ligt, en zich vooral toelegt op die activiteiten die het dorp het belangrijkste vindt, in overleg met de gezondheidsdiensten. Het blijkt echter regelmatig voor te komen dat VHW's taken moeten uitvoeren die door de gezondheidsdienst zijn vastgelegd, maar zonder dat hun de middelen daartoe geboden worden.

De ondersteuning van dorpsgezondheidszorg door de reguliere gezondheidsdienst is van groot belang gebleken. Hoewel er in bijna alle projecten wel aandacht aan werd besteed, is deze ondersteuning niet altijd voldoende gerealiseerd. De motivatie voor het uitvoeren van deze additionele taken door het professionele kader van de gezondheidsdienst komt ondanks training niet vanzelf tot stand. Een groot probleem is de voorziening van middelen voor deze supervisie, zoals transport en geneesmiddelen voor de dorpsgezondheidswerkers.

Effecten van inspanningen om deze middelen vanuit de nationale gezondheidsdienst eventueel aangevuld met middelen vanuit de dorpen zelf te betrekken, blijken wel bij een langere duur van de projecten geleidelijk aan te verbeteren (Colombia, Niger, Liberia, Mali).

## **Financiering**

Het principe dat mensen tenminste een deel van de kosten van gezondheidszorg zelf dragen wordt algemeen onderschreven.

Alhoewel zelffinanciering op zich is na te streven zal additionele financiering door de nationale of lokale overheid, gezien de armoede op het platteland, op langere termijn nodig blijken bij de uitvoering van PHC-programma's. Zeker de kosten van de supervisie van de dorpsgezondheidszorg door de reguliere gezondheidsdiensten zullen voor het grootste deel uit de nationale begrotingsmiddelen moeten komen. Hiervoor zal echter een herverdeling van de nationaal beschikbare middelen nodig zijn.

Financiering van de terugkerende kosten van PHC blijft echter in relatief veel projecten en vanuit een nationaal perspectief een nijpend probleem. Continuering op lange termijn van dikwijls niet op elkaar afgestemde donorcontributies lijkt geen realistische oplossing daarvoor. Medefinanciering van deze kosten door de gebruiker is een voor de hand liggende mogelijkheid die verdere uitwerking behoeft. Er zijn echter duidelijke aanwijzingen dat via dit principe van cost recovery in veel armere landen men slechts een klein deel van de kosten zal kunnen dekken, zonder dat een drempel voor gebruik van de gezondheidsdiensten door juist de armste groepen met de laagste gezondheid wordt overschreden. Verdere opvoering van de efficiëntie van diensten, het in kaart brengen van nationale behoefte en mogelijkheden en een verdere verschuiving van middelen naar de periferie zijn dan ook mechanismen waar donoren, onder andere Nederland, op zullen moeten blijven aandringen.

## **Conclusie**

Vooraf voor de projecten gestart in de beginperiode van PHC blijkt dat de doelstellingen dikwijls te vaag en te weinig realistisch geformuleerd waren.

Ontoereikend inzicht in de plaatselijke mogelijkheden en behoeften leidde veelal tot een standaardaanpak die meer op een blauwdruk leek dan met de gevarieerde werkelijkheid rekening hield.

Een gezamenlijke studie en analyse van de situatie op nationaal en lokaal niveau is een eerste voorwaarde om deze problemen te kunnen aanpakken. Daar waar een meer procesmatige benadering werd gevolgd zoals in Zambia, Liberia en Colombia waren de resultaten beter.

Op basis van de evaluatiestudies kan worden geconcludeerd dat in het algemeen de beschikbaarheid van de gezondheidszorg en het gebruik hiervan door de bevolking in de onderhavige projecten duidelijk werd vergroot. Het ging hierbij

voornamelijk om bevolkingsgroepen in de periferie. Naast realistische planning, adequate uitwerking van aanpassing, participatie en intersectorale actie in de uitvoering, lijken institutionele ontwikkeling en de mogelijkheden en wijze van financiering uit nationale en lokale bronnen de duurzaamheid (sustainability) van de onderzochte PHC-projecten te bepalen.

Uit de rapporten blijkt dat alleen bij langduriger samenwerkingsverbanden van een duurzamer resultaat sprake is. Ook een regelmatige dialoog en een goede donorcoördinatie zullen de kwaliteit en duurzaamheid bevorderen.





## Conclusies en aanbevelingen

---

1. Uitgaand van een beleid van structurele armoedebestrijding en gezien het feit dat gezondheidsbevordering niet in eerste instantie begint in het ziekenhuis, zal Ontwikkelingssamenwerking er goed aan doen de verbetering van de volksgezondheid te (blijven) zoeken in extramurale zorg waarin de PHC-benadering centraal staat.
2. De Notitie Gezondheidszorg van 1986 geeft voor de Nederlandse hulpinspanning aan extramurale zorg een goed kader. De bevindingen uit evaluatiestudies bevestigen de strekking van deze notitie. De doelstelling is onomwonden helder: maximaal gespreide zorg waarin bestrijding van de oorzaken van ziekten een minstens even belangrijke plaats heeft als therapie en de directe preventie.
3. De invoering en uitwerking van primaire gezondheidszorg (PHC) vormt een essentieel onderdeel van de lange-termijnveranderingsstrategie binnen de bestaande gezondheidszorgsystemen ('Health for All by the year 2000'). Uit overwegingen van sustainability dient Nederlandse steun aan primaire gezondheidszorgprojecten van langere duur te zijn.
4. Het is van belang dat in coördinatie met andere donoren een beleidsdialoog met het ontvangende land wordt gevoerd teneinde te bevorderen dat op nationaal niveau een gunstig beleidskader voor de ontwikkeling van PHC tot stand komt.  
In deze beleidsdialoog met ontvangende landen dient voorts nadruk te worden gelegd op decentralisatie, efficiency, kostenbeheersing en herverdeling van fondsen ten gunste van PHC.
5. In de context van noodzakelijke kostenbeheersing en besparing op deviezen kunnen nationale programma's voor rationeel gebruik van geneesmiddelen (Essential Drugs Programma's) een belangrijke bijdrage vormen. Nederlandse ondersteuning hierin verdient aanbeveling.  
'Cost recovery' mechanismen op projectniveau dienen in lokaal en nationaal perspectief te worden gezien. Rekening dient te worden gehouden met de draagkracht van de armste gebruikers.

6. De focus van de extramuraal zorg dient te liggen bij preventieve maatregelen en eenvoudige therapie gepaard aan voorlichting. Deze activiteiten dienen gericht te zijn op de meest voorkomende ziekten. Ook de bestrijding van nieuwe ziekten zoals bijvoorbeeld AIDS dient daarin opgenomen te worden.
7. De rol van de dorpsgezondheidswerk(st)ers (Village Health Workers, VHW's) in PHC is essentieel. Speciale aandacht verdient de selectie, training en wijze van remuneratie van de VHW. Voorwaarde is dat de VHW kan beschikken over de minimaal benodigde middelen. Voorts is van belang dat de gezondheidsdiensten zorg dragen voor een adequate en motiverende begeleiding en supervisie. Institutionele ontwikkeling en heroriëntatie van deze diensten verdienen hierbij speciale aandacht.
8. In het algemeen gesteld zijn mensen bereid betrokken te worden bij ontwikkelingsactiviteiten en hebben zij daar ook veel voor over. Voorwaarde is echter dat zij binnen redelijk korte tijd concreet resultaat zien. Participatie in planning, uitvoering en evaluatie van activiteiten is een belangrijke voorwaarde voor PHC.  
Met betrekking tot participatie dient met zorg en specifieke deskundigheid een lokaal adequate benadering te worden uitgewerkt. Tevens dient een voor participatie gunstig algemeen politiek, sociaal klimaat te worden bevorderd.
9. Speciale aandacht dient te worden gegeven aan vrouwen, omdat vrouwen vanwege hun meerzijdige taken grote invloed hebben op de gezondheid van de familie en de dorpsgemeenschap en zelf de grootste risico's lopen. Consequenter dan nu het geval is, is het gewenst zich te richten op de traditionele vroedvrouwen, zowel met het oog op moeder- en kindzorg als op family planning.
10. Vanuit het gezichtspunt van effectiviteit van gezondheidsverbetering verdient intersectorale samenwerking in PHC meer nadruk te krijgen (onderwijs, voeding, drinkwater, behuizing). Met dit doel dient PHC als een onderdeel van integrale rurale ontwikkeling gestimuleerd te worden. Managementmodellen voor intersectorale actie, gebaseerd op participatie moeten verder worden uitgewerkt.
11. In de uitvoering zal vergaande aanpassing aan lokale en nationale omstandigheden moeten plaatsvinden.

Het initiëren van actie en invulling van een projectvoorstel zou gebaseerd moeten zijn op inzicht in de sociaal-economische situatie in het projectgebied en op inzicht in de lokale gezondheidsproblemen. Daarvoor is het nodig antwoorden te krijgen op vragen zoals:

- Wat is het nationale gezondheidszorgbeleid ten aanzien van PHC? Hoe verloopt het decentralisatieproces van de beleidsvorming en de uitvoering van PHC?
- In hoeverre is de slechte gezondheidstoestand armoede-bepaald bijvoorbeeld door ondervoeding, wanvoeding, slecht drinkwater, ongezonde behuizing? In hoeverre kunnen medische activiteiten hiervoor een oplossing brengen?
- Wat wordt plaatselijk gedaan volgens bestaande (al of niet traditionele) opvattingen, door overheden of maatschappelijke groeperingen? Wat is de absorptiecapaciteit voor verandering van de lokale en nationale instanties en de doelgroep? Tot welke bijdrage zijn zij bereid en in staat?
- Wat is de positie van vrouwen; zijn er vrouwenorganisaties; welke rol kunnen vrouwen in PHC vervullen; zijn er traditionele vroedvrouwen?
- Wat kan Nederland doen? Waar ligt de grootste behoefte; in gebouwen, uitrusting, management, voorlichting, mobilisatie; formele training vanaf het begin of bijscholing?
- Welke andere donoren zijn er werkzaam en in welke sectoren?

Een grondige voorstudie is voor het verkrijgen van dit inzicht noodzakelijk. Ook een procesmatige benadering kan hiertoe een bijdrage leveren.

12. Monitoring en evaluatie dienen de nodige aandacht te krijgen. Ten aanzien van de juiste beoordeling van effecten dienen procesindicatoren en standaardisatie van evaluatie en monitoring van methodieken nader uitgewerkt te worden. De hieruit voortkomende gegevens kunnen via periodieke ordening, bundeling en analyse bijdragen tot verdieping van inzicht ten behoeve van de uitwerking van PHC.



## Deel I. Context

---



# Hoofdstuk 1. Gezondheid en gezondheidszorg in ontwikkelingslanden

---

## 1. Inleiding

Het gezondheidspeil van de bevolking in lage-inkomenslanden ligt gemiddeld aanzienlijk lager dan in hoge-inkomenslanden, zoals keer op keer geïllustreerd wordt in statistieken van instanties zoals de WHO, UNICEF en de Wereldbank. Er bestaat een duidelijk verband tussen enerzijds de hoogte van het Bruto Nationaal Produkt (BNP) en anderzijds het niveau van gezondheid en gezondheidszorg. Zo is de levensverwachting bij de geboorte in Nederland thans 75 jaar, maar in vele ontwikkelingslanden slechts 40 à 50 jaar. De zuigelingensterfte, in Nederland circa 8 per 1000 levendgeborenen, is in ontwikkelingslanden vaak tussen de 100 en 200 per 1000. In de leeftijdsgroep van 1-4 jaar bedraagt de sterfte in Nederland ongeveer 1 per 1000; in veel ontwikkelingslanden is dat 50-80 sterfgevallen per 1000 kinderen. Vrouwen in de vruchtbare leeftijd lopen nog een extra gezondheidsrisico. Voor geheel Afrika bedraagt de moedersterfte, volgens gegevens van de WHO, 640 per 100.000 levendgeborenen, terwijl dat in Latijns Amerika 270 en in Nederland 5 is.

Een laag BNP valt overigens niet altijd samen met ongunstige scores ten aanzien van gezondheidsindicatoren. Sommige landen met een laag BNP, bijvoorbeeld Sri Lanka, China en Cuba, scoren relatief goed op indicatoren zoals levensverwachting bij de geboorte en zuigelingensterfte. Niet alleen het BNP maar ook factoren zoals leefomgeving, leefwijze en vooral de manier waarop het nationale inkomen is verdeeld over de bevolking, zijn mede bepalend voor de gemiddelde gezondheids-toestand van de bevolking.

In de afgelopen jaren is duidelijk geworden dat deze verdeling lang niet altijd optimaal is.

## 2. Strategieën

Oorspronkelijk lag de nadruk vooral op ziekenhuizen. In veel landen werden en worden grote delen van het gezondheidsbudget besteed aan bouw, outillage en lopende kosten van hoofdstedelijke en provinciale grote ziekenhuizen. De 'periferie', waaronder de sloppenwijken van de grote steden en het platteland,

bleef dikwijls verwaarloosd. Gelcidclijk aan bleek echter dat ziekenhuizen maar weinig bijdroegen aan de verbetering van het gezondheidsniveau van de bevolking in ontwikkelingslanden.

Sinds de Tweede Wereldoorlog zijn meerdere strategieën ontworpen om het gezondheidsniveau van de bevolking te verbeteren. Enigszins kunstmatig kan men in die pogingen gericht op het verbeteren van de gezondheidstoestand enkele, elkaar in tijd overlappende, fasen onderscheiden.

### *Verticale campagnes*

Vanaf de jaren vijftig zijn in veel landen allerlei campagnes uitgevoerd tegen volksziekten zoals tuberculose, malaria, rivierblindheid, kinkhoest etc. Organisatorisch werden die campagnes naast en onafhankelijk van het ziekenhuissysteem uitgevoerd. Hoewel soms wel degelijk effectief op korte termijn was het resultaat vaak te incidenteel van aard en duur, en onvoldoende verankerd in een structurele aanpak van langere adem.

### *Basisgezondheidszorg (Basic Health Services, BHS)*

Geconfronteerd met de noodzaak om een keuze te maken tussen een goede gezondheidszorg voor weinigen of redelijke zorg voor iedereen, gingen regeringen van ontwikkelingslanden met aanmoediging uit internationale fora over tot het formuleren van plannen in termen van een getrappt, technisch minder hooggegrepen, gezondheidszorgnetwerk dat het gehele land zou bestrijken. Concreet ging de discussie over de keuze tussen één groot ziekenhuis of meerdere kleine ziekenhuizen, gezondheidscentra en gezondheidsposten.

Uit epidemiologisch onderzoek was verder gebleken dat de belangrijkste ziekten grotendeels poliklinisch, bijvoorbeeld in gezondheidscentra, behandeld konden worden, veelal door daartoe opgeleid paramedisch personeel. De beslissing viel in veel landen dan ook uit in het voordeel van gespreide voorzieningen.

Via deze strategie van 'Basic Health Services' dienden vanuit zgn. 'polivalent health centres' meer mensen, dichter bij huis bereikt te worden met eenvoudige geneesmiddelen, consultatie voor moeder en kind, eenvoudige tandverzorging, eerste hulp en voorlichting over elementaire zaken als voeding, algemene hygiëne, hygiënisch gebruik van drinkwater en verwijdering van menselijk en ander afval (sanitatie). De introductie van BHS was een grote stap voorwaarts.

Het op deze wijze te ontwikkelen gezondheidszorgnetwerk was in opzet een centraal uitgedacht en geregeld systeem. In de praktijk bleek het een additionele





financiële druk en beheerslast te leggen op nationale en lokale gezondheidsdiensten. In menig land waren die diensten daar onvoldoende op ingesteld, onder meer qua budgettering en qua menskracht. In de landen waar consequente pogingen werden ondernomen een BHS-systeem op te zetten bleek dikwijls ook nog dat veel mensen uit de periferie om allerlei redenen (wantrouwen, afstand, kosten, slechte diensten) geen gebruik konden of wilden maken van de basisgezondheidsvoorzieningen.

#### *Health for All by the year 2000*

Onvrede met de voortdurende slechte situatie leidde in de jaren zeventig tot een internationale herbezinning op de tot dan toe gevolgde strategieën.

Tegelijkertijd bleek dat met een aantal innoverende alternatieve benaderingen, waaronder die in China met de zgn. blote-voeten-dokters, op een beperkt aantal plaatsen in de wereld wel belangrijke voortgang was geboekt. Gemeenschappelijk element daarin leek te zijn dat de actuele, sociale en economische leefsituatie van de mensen om wie het allemaal te doen was als uitgangspunt werd genomen voor actie ter verbetering van de gezondheid. Slechte of goede gezondheid werd

bewuster in de context geplaatst van slechte of adequate voeding en drinkwater, goede of slechte behuizing, (an)alfabetisme en vooral van plaatselijke cultuur en de beschikbare kennis en technologie onder de bevolking. Een tweede kenmerk van deze alternatieve benaderingen was dat niet uitsluitend de vraag gesteld werd wat de centrale gezondheidsdiensten konden of moesten doen, maar ook wat de betrokken mensen en hun onmiddellijke leiders zelf vonden van hun gezondheid, van eventuele remedies tegen de bestaande toestand en welke bijdrage zij aan de verbetering daarvan konden leveren. In WHO- en UNICEF-kringen kreeg deze benadering de naam PRIMARY HEALTH CARE (PHC). Ze werd in 1978 in het WHO/UNICEF-congres te Alma Ata bestempeld als middel bij uitstek voor het bereiken van: 'HEALTH FOR ALL BY THE YEAR 2000'.

De doelstellingen van de HFA/2000-strategie en daarin de PHC-benadering zijn vanaf 1978 geleidelijk aan in het beleid van de diverse regeringen en van internationale en bilaterale ontwikkelingsinstanties overgenomen. Ook op het Nederlandse ontwikkelingsbeleid is de strategie van invloed geweest. In 1986 zijn de principes van HFA/2000 en PHC expliciet verwerkt in het Nederlandse beleid met betrekking tot de gezondheidssector (DGIS: Notitie Gezondheidszorg, 1986).

Primary Health Care is in de verklaring van Alma Ata omschreven als:

'Essentiële gezondheidszorg, gebaseerd op praktische, wetenschappelijk verantwoorde en maatschappelijk aanvaardbare methodes en technologie; algemeen bereikbaar voor individuen en families in de gemeenschap, door hun volledige participatie; tegen kosten die de gemeenschap en het land kan opbrengen in iedere ontwikkelingsfase; dit alles in de geest van zelfredzaamheid en zelfbeschikking. Het maakt deel uit van zowel het gezondheidssysteem, waarvan het de belangrijkste functie en oriëntatie is, als van de sociaal-economische ontwikkeling van de gemeenschap. Het is het eerste niveau waarop individuen, families en de gemeenschap contact krijgen met het nationale gezondheidssysteem; het brengt de gezondheidszorg zo dicht mogelijk bij de mensen daar waar ze wonen en werken; het vormt het eerste element van een proces van continue gezondheidszorg.'

In de literatuur rond Alma Ata wordt benadrukt dat de invulling van PHC zich baseert op de lokale en sociaal-economische situatie. PHC richt zich op de belangrijkste gezondheidsproblemen in de gemeenschap en omvat activiteiten en diensten die zijn gericht op gezondheidsbevordering, preventie, genezing en revalidatie. Vandaar dat PHC tenminste de volgende activiteiten omvat:

- a. gezondheidsvoorlichting,
- b. verbetering van voedselvoorziening en goede voeding,
- c. adequate drinkwatervoorziening en sanitatie,
- d. moeder- en kindzorg, inclusief gezinsplanning,
- e. immunisatie tegen de belangrijkste infectieziekten,
- f. preventie en beheersing van volksziekten,

- g. passende behandeling van veel voorkomende ziekten en eerste hulp,
- h. beschikbaarstelling van essentiële geneesmiddelen.

Die actiepunten passen eigenlijk ook allemaal in de oorspronkelijke BHS-benadering: goede gezondheidscentra en -posten voeren grosso modo dezelfde taken uit. Toch bestaan er belangrijke verschillen tussen de twee benaderingen.

- Anders dan in het werk van de beroepsgezondheidswerkers van de gezondheidsdienst wordt bij PHC een grote betrokkenheid en werkzaamheid van individuen en van de gemeenschap verondersteld en aangemoedigd. Het gaat dan niet alleen om allerlei hand- en spandiensten bij constructie van faciliteiten, maar ook bij het in kaart brengen van de meest urgente problemen, bij planning, opzet en uitvoering van activiteiten, bij evaluatie en bij zelfstandige voortzetting van activiteiten. De achterliggende gedachte is, dat gezondheidszorg meer is dan het ontvangen van diensten of het ondergaan van medisch-technische handelingen. Zoals het internationaal kernachtig werd geformuleerd: 'health by the people', niet: 'health for the people'.
- Bij PHC gaat men ervan uit dat gezondheidszorg gestalte krijgt met gebruik van nationale en lokale middelen. Dit betreft de menskracht (bijvoorbeeld inzet van dorps- of wijkgezondheidswerkers), de organisatie en het management en financiële middelen (zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid).
- Om de kans van slagen te verhogen zullen acties, ondernomen in het kader van PHC, minder afstand nemen van plaatselijke tradities en taboes (sociale acceptatie); ze moeten evenwel technisch verantwoord zijn, in aanmerking genomen de beschikbare financiële en technische middelen (aangepaste technologie).
- Meer dan bij BHS is het uitgangspunt voor planning en actie bij PHC dat ziekte en vroegtijdige dood grotendeels veroorzaakt worden door factoren die traditioneel tot 'andere sociale sectoren' werden gerekend, bijvoorbeeld voedsel, water, behuizing. Vandaar dat veel op het eerste gezicht 'niet-medische' activiteiten deel uitmaken van PHC (intersectoraal, integraal).

In de praktijk van een consequente PHC-benadering zou dan de volgende gang van zaken min of meer typerend moeten zijn:

- a. In samenspraak met dorps- of wijkvertegenwoordig(st)ers wordt de gezondheidssituatie in kaart gebracht. Het initiatief daartoe kan liggen bij beroepsgezondheidswerk(st)ers of bij de gemeenschap zelf, bij een bestaand of ad hoc gevormd comité.
- b. De wijk of het dorp kiest (uit eigen kring) mannen en vrouwen voor een

praktische opleiding tot gezondheidswerk(st)ers. Traditionele vroedvrouwen (indien aanwezig) worden bijgeschoold. Hun taakomschrijvingen komen tot stand in samenspraak met de gemeenschap.

- c. De mensen van dorp of wijk verzorgen zelf de voorzieningen die de gekozen gezondheidswerk(st)ers nodig hebben om hun taak uit te voeren.
- d. De gezondheidsdienst zal de gezondheidswerk(st)ers ondersteunen in de vorm van technische adviezen, nascholing en eventueel bevoorrading. Het dagelijkse toezicht op het functioneren van de gezondheidswerk(st)ers blijft in eerste instantie liggen bij de dorpsbewoners, onder andere via een gekozen gezondheidscomité. De comités zijn medeverantwoordelijk voor de monitoring en evaluatie van de in uitvoering zijnde gezondheidsactiviteiten.
- e. Naast therapie (meestal de eerst gevoelde behoefte) zijn andere, preventieve activiteiten van belang: verbetering van drinkwater, afvalverwijdering en verbetering van latrines, prenatale controles, consultaties voor moeder en kind, inenting en gezondheidsvoorlichting.
- f. Van 'onder op' gaan de gekozen gezondheidswerk(st)ers en -comités na verloop van tijd een zekere druk uitoefenen op de bestaande overheidsinstanties. Vanuit het PHC-concept vraagt men om medische zorg (BHS, vaccinaties en medicijnen) maar ook aandacht van andere sectoren zoals landbouw- en waterdiensten.

Het succesvol uitvoeren van de strategie van 'Health for All' vraagt meer dan het uitwerken en uitvoeren van het PHC-concept.

Centraal in de strategie 'Health for All' staat de doelstelling om voor iedereen gelijke gezondheidskansen te creëren. Om deze doelstelling via de benadering van PHC te realiseren dienen de volgende processen van verandering te worden ingezet.

- Vanuit de belangrijkste doelstelling 'gelijke gezondheidskansen voor ieder (equity)' dienen ongelijkheden rechtgetrokken te worden. Dit speelt vooral ten aanzien van het achtergebleven platteland, sloppenwijken en bepaalde groepen van de bevolking zoals vrouwen. Een consequentie hiervan is de noodzaak tot een herverdeling van nationaal beschikbare middelen.
- De rol en de eisen van de diverse categorieën van beroepsgezondheidswerkers op de verschillende niveaus van de gezondheidszorg is anders dan in de benadering van BHS. Waren deze werkers eerder vooral uitvoerders van zorg, in de strategie 'Health for All' worden zij daarbij begeleiders en ondersteuners van PHC. Hiertoe dienen zij een andere oriëntatie en andere additionele kundigheden te krijgen, bijvoorbeeld in management, in communicatie en in training van vaak ongeletterde dorpsgezondheidswerkers.

- De organisatie van gezondheidsdiensten en de opleidingen van medisch personeel dienen goed op elkaar aan te sluiten en afgestemd te worden op de principes van 'Health for All' en PHC. Verwijzing van patiënten en terugverwijzing kunnen alleen tot stand komen in een samenwerkingsverband van het laagste tot het hoogste echelon, uitgaande van een beheersbaar systeem van diensten en aangepast aan de lokale en nationale mogelijkheden en middelen.

### **3. Conclusie**

Veel ontwikkelingslanden hebben een snel groeiende, jonge bevolking met gemiddeld een laag gezondheidspeil. Met de traditioneel medisch-technisch, curatief georiënteerde gezondheidszorg wordt tegen hoge kosten een relatief klein deel van de bevolking bereikt. De plattelandsbevolking en de bewoners van sloppenwijken behoren globaal gesproken tot de niet of onvoldoende bereikte periferie. Vrouwen en kinderen behoren tot de groepen waarvan de gezondheid het meest is bedreigd.

Het ziektepatroon in ontwikkelingslanden wordt in sterke mate bepaald door de heersende armoede die zich uit in ondervoeding en slechte voeding, ontoereikende drinkwater- en sanitatievoorzieningen en (vooral in de stedelijke slums) zeer slechte huisvesting. Bestrijding daarvan vraagt minstens even veel aandacht als strikt medische zorg.

In het zoeken naar beleids- en uitvoeringsmechanismen voor structurele verbetering van gezondheid zijn meerdere strategieën aangedragen en toegepast: 'verticale' programma's ter bestrijding van bepaalde volksziekten, in principe over het gehele land verspreide basisvoorzieningen (BHS) en tenslotte, primaire gezondheidszorg (PHC).

Het gemeenschappelijk element in die drie benaderingen is dat ze qua werkterrein in hoofdzaak 'extramuraal' zijn en zich in eerste instantie meer richten op de periferie dan de in de grotere steden geconcentreerde ziekenhuizen dat doen.

Waar verticale programma's selectief zijn in de ziekten die men wil bestrijden, zijn basic health services meer integraal-medisch ingesteld. In PHC staan bevolkingsparticipatie, intersectorale beïnvloeding van gezondheid en een sterke geografische spreiding veel meer op de voorgrond dan in vroegere benaderingen zoals die van BHS.

Met de strategie van 'Health for All', waarin PHC het hoofdbestanddeel vormt, kiest een land voor een veelzijdige aanpak van de gezondheidsproblematiek waardoor de kans op geleidelijke maar reële verbetering van gezondheid voor een

ieder toeneemt. Voor het succesvol invoeren van deze strategie dienen de volgende punten nader te worden uitgewerkt:

- herverdeling van beschikbare nationale middelen;
- bijscholing van professionele gezondheidswerkers in voor PHC essentiële kennis en vaardigheden;
- een gestroomlijnde organisatie en samenwerkingsstructuur tussen verschillende echelons van de gezondheidsdienst en met andere sectoren.

## Deel II. Bevindingen

---





## Hoofdstuk 2. Werkwijze

---

### 1. Inleiding

De evaluatiebevindingen die hier worden samengevat zijn ontleend aan 47 evaluatierapporten over 33, door Ontwikkelingssamenwerking gesteunde, extramurale gezondheidsprojecten en -programma's die na 1975 in 20 landen in uitvoering zijn of waren. 'Extramuraal' betekent hier dat de projecten/programma's in eerste instantie niet gericht waren/zijn op verbetering van de medisch-technische, curatieve geneeskunde geconcentreerd vooral in de stedelijke ziekenhuizen, maar op versterking van naar buiten gerichte, brede zorg, die elementen bevat van BHS of campagnes ter bestrijding van volksziekten, opleiding van paramedisch personeel, levering van basismedicijnen idealiter in een PHC-benadering.

Voor wat betreft het Nederlandse aandeel hadden de geëvalueerde activiteiten in totaal een committeringswaarde (toegewezen fondsen) van f 187 miljoen. De kleinste Nederlandse bijdrage (eenmalig, in een KAP-project in Tanzania) was f 5000,-; de grootste (Training van Medical Assistants in Bangladesh) lag boven de f 38 miljoen.

In de bestudeerde periode van tien jaar (1975-1984) werd in de begrotingscategorieën Ia (concentratielanden), IIIa (betalingsbalanssteun) en IIIc (sociaal-economische noodsituaties) ruim f 12 miljard gealloceerd, waarvan 7,3% (900 miljoen) voor de sector gezondheidszorg. In deze sector ging 28% (250 miljoen) naar extramurale gezondheidszorg.

Bij een analyse van de verschillende begrotingscategorieën valt op dat in de loop der jaren de totale bestedingen in de gezondheidszorg afnamen. Dit geldt met name voor bestedingen in de ziekenhuissfeer. Committingen voor de extramurale gezondheidszorg daarentegen namen in relatieve termen toe. Volgens de Nederlandse rapportage aan de DAC bedroegen de bilaterale ODA-verplichtingen in de gezondheidssector in 1985 5,2%, in 1986 4,5% en in 1987 3,3%.

## 2. Soorten van evaluaties

Van de 47 evaluaties werden er 24 uitgevoerd door of in opdracht van de IOV. De andere 23 werden gedaan door, of in opdracht van, de betreffende afdeling bij het DGIS of een Nederlandse medefinancieringsorganisatie (MFO).

Een aantal projecten/programma's bleek min of meer systematisch ieder jaar of iedere twee jaar geëvalueerd, zodat in de rapporten het verloop van het project kon worden nagegaan. Andere waren eenmalig door een evaluatiemissie bezocht. Het betrof hier voornamelijk tussentijdse evaluaties. In enkele gevallen ging het om ex-post evaluaties.

De evaluatiemissies verschilden ook qua samenstelling en aanpak. De IOV-missies voerden (van de uitvoerders en het ontvangende land) 'onafhankelijke' dan wel 'externe' evaluaties uit. De landeneenheden lieten soms een evaluatie uitvoeren door een team dat zij zelf hadden samengesteld en geïnstrueerd; andere keren werd de evaluatie gedaan door een groep deskundigen uit zowel Nederland als het ontvangende land, een zgn. 'joint evaluation'; ook de evaluatieopdracht werd in dat geval opgesteld in overleg tussen Nederland en het partnerland.

## 3. Vergelijkbaarheid van evaluatiebevindingen

Bij een samenvatting zoals deze doen zich onvermijdelijk enkele methodologische problemen voor. Een daarvan vloeit voort uit de grote verscheidenheid van de geëvalueerde activiteiten. De vraag is dan welke homogene beoordelingsmaatstaven men kan aanleggen voor gevarieerde zaken zoals materiële ondersteuning van gezondheidsposten, financiering van basisgeneesmiddelen (essential drugs) en training van paramedisch personeel, of het ontwikkelen van PHC-modellen, in onderling zeer verschillende landen.

Een tweede methodologische moeilijkheid – die de eerste versterkt – ligt besloten in het feit dat de evaluaties verschilden naar aanleiding, timing, reikwijdte en vraagstelling. Ideaal zou zijn geweest als alle evaluatierapporten ondubbelzinnige antwoorden hadden gegeven op dezelfde analytische vragen. Nog afgezien van de verschillende en veranderende inzichten op het gebied van gezondheidszorg in ontwikkelingssamenwerking, kon dat echter nauwelijks verwacht worden bij projecten en programma's geïmplementeerd in drastisch uiteenlopende situaties, door wisselende uitvoerders en beleidsmakers hier en overzee.

Een gekwantificeerd antwoord op de vraag in hoeverre de gezondheidstoestand van de project-doelgroep is verbeterd dank zij de Nederlandse bijdrage (de 'impact' van een activiteit) is moeilijk te geven. De meeste projecten waren bij het inspectie-



evaluatiebezoek immers nog niet afgerond. Bovendien was de registratie van de gezondheidstoestand nog niet goed ontwikkeld en was bij de aanvang van de projecten geen nullijnstudie uitgevoerd.

Zelfs in de gevallen waar min of meer betrouwbare statistische gegevens voorhanden waren, bijvoorbeeld over verlaging van sterfte- en ziektefrequentie, kunnen die veranderingen niet alleen maar worden toegeschreven aan de werking van bepaalde projecten of onderdelen ervan. Daarvoor deden zich tegelijkertijd te veel andere invloeden gelden van niet-medische aard: droogte, revoluties, economische crises, dan wel betere oogsten, voedschulp, hogere graad van onderwijs enz. In veel gevallen leverden ook andere (donor)instanties een bijdrage aan dezelfde programma's in hetzelfde land of gebied.

Over 'inputs' en 'outputs' en directe resultaten van deelactiviteiten is meestal meer informatie beschikbaar. Daarop kan dan dikwijls een zeker kwalitatief oordeel gebaseerd worden met betrekking tot voortgang, stilstand of teruggang in de gezondheidszorg. Als een project bijvoorbeeld bijscholing van traditionele voedvrouwen omvat, is het op zich mogelijk vast te stellen of, en zo ja hoeveel er gedurende een bepaalde periode tegen bepaalde kosten zijn opgeleid en hoeveel

er na een bepaalde tijd nog werken met gebruikmaking van de 'bijgeleerde' methodes. Deze meting van effecten middels outputstudies wordt internationaal onderschreven (Wereldbank Staff Workingpaper 546).

Per saldo geven deze evaluatierapporten een redelijk helder beeld van hetgeen met Nederlandse steun werd ondernomen. Van voortgang en vooruitgang maar ook van toevallige en fundamentele problemen die zich daarbij voordoen.

#### **4. Indeling rapport**

Het evaluatiemateriaal zal worden gepresenteerd aan de hand van de volgende indeling:

– **Richting en doel (hoofdstuk 3)**

Waren de door Ontwikkelingssamenwerking gesteunde of geïnitieerde activiteiten gericht op een meerzijdige gezondheidsbevordering ten behoeve van zo veel mogelijk mensen in de periferie? 'Meerzijdig' duidt hier op aandacht voor genezing en preventie, medische en sociaal-economische aspecten. Met de periferie wordt bedoeld: degenen die tot dan toe nog niet door medische zorg bereikt waren.

– **Aanpak en opzet (hoofdstuk 4)**

Hoe was de aanpak en opzet; werd gelegenheid geboden voor betrokkenheid van de project-doelgroep? Waren de ondernomen acties realistisch, dat wil zeggen aangepast aan de leefsituatie van de bevolking, gezien hun tradities, de bestaande kennis, financiële draagkracht en technische capaciteit? Werd aansluiting gezocht met andere aspecten van sociaal-economische ontwikkeling?

Met het oog op duurzaamheid van effect (sustainability): werd naar vermogen gewerkt aan het uitwerken en testen van een adequaat model, organisatie en management, toekomstige financiering voor exploitatiekosten, personeelskosten en training van personeel? Tot slot: wat was het gehalte van de uitvoering, zoals de ingezette personele en materiële middelen?

– **De resultaten (hoofdstuk 5)**

Wat werd in de project- of programmaperiode bereikt; wat was het lange-termijneffect, of de prognose daarvoor?

## Hoofdstuk 3. Richting en doel

---

### 1. Inleiding

Gezondheidsbevordering vooral bij mensen in de periferie is in alle onderzochte projecten als globaal en uiteindelijk doel te traceren. Voor zover het projecten betreft die na 1978 zijn overeengekomen, staat er meestal bij dat het project aansluit op de ideeën over gezondheid(zorg) zoals gepropageerd in Alma Ata.

Vertaling van dat beleid in concrete projectdoelen en door diverse landen laat vrij grote variaties zien. Soms wordt principieel gekozen voor een brede en geïntegreerde PHC-benadering; dikwijls echter voor een meer selectieve aanpak met opname van een beperkt aantal componenten waarbij de benadering gericht op integratie van meezijdige activiteiten naar de achtergrond verdwijnt.

Aan de feitelijke keuze van projectdoelstellingen kan niet onmiddellijk een oordeel worden toegekend. De keuze van 'alles' of slechts een 'deel' wordt terecht niet alleen bepaald door wat Ontwikkelingssamenwerking voorstaat. Van grote invloed zijn de nationale en lokale uitgangspunten en beleidsprioriteiten. Daarnaast speelt de inschatting een grote rol van wat nationaal en lokaal mogelijk en opportuun wordt geacht, zowel op korte als op langere termijn.

### 2. Soorten van doelstellingen

De 33 projecten die in dit rapport worden behandeld kunnen naar doelstelling en aanpak als volgt globaal worden ingedeeld:

- a. Projecten/programma's met een consequent uitgewerkte PHC-doelstelling. Opvallende voorbeelden zijn: Colombia (nr. 11) waar Ontwikkelingssamenwerking aandrang op veelzijdige actie in vier afgelegen regio's; Liberia (nr. 19) waar de actie in meerdere sectoren werd geconcentreerd in één provincie; een min of meer nationaal programma in Guinee Bissau (nr. 32); invoeging van Nederlandse steun bij een nationaal programma uitgevoerd door UNICEF in Nicaragua en een gecombineerd PHC/BHS-programma in de Western Province (WP) in Zambia (nr. 28).



- b. De projecten zijn wel gericht op componenten van PHC (bijvoorbeeld introductie van dorpsgezondheidszorg en training van dorpsgezondheidswerk(st)ers, drinkwatervoorziening) maar de visie met betrekking tot samenwerking of integratie met andere sectoren lijkt toch beperkt te zijn. Voorbeelden zijn India (nr. 2), Nepal (nrs. 5, 6 en 7), Niger (nr. 17), Senegal (nr. 18), Kameroen (nr. 20), Mali (nr. 21), Rwanda (nrs. 29 en 30) en de twee KAP's in Peru (nrs. 15 en 16).
- c. In andere projecten gaat het vooral om uitbreiding en/of verbetering van BHS-faciliteiten. Meermalen gaat het dan om gezondheidsposten of klinieken voor moeder en kind. Soms worden de diensten vanuit een ziekenhuis of gezondheidscentrum gedirigeerd in een zogenaamd 'outreach' programma. Voorbeelden hiervan zijn: India (nr. 2), Nepal (nrs. 5 en 6), Noordjemen (nr. 8), Pakistan (nr. 9), Soedan (nr. 22), Zambia (nrs. 27 en 28), en de vier KAP's in Tanzania (nrs. 23 t/m 26).
- d. De projecten zijn gericht op de opleiding van semi-professioneel kader voor gezondheidscentra of -posten in een bepaald district (India nr. 2) of nationaal, zoals in het multidonor trainingsprogramma voor Medical Assistants in Bangladesh (nr. 1).
- e. Voorbeelden van steun bij productie, leverantie en verspreiding van basisgeneesmiddelen zijn de activiteiten in Nicaragua (nr. 12) en Mozambique (nr. 31). De basisgeneesmiddelen waren in beide landen bedoeld voor gebruik in PHC- of BHS-verband, dus voornamelijk buiten de gevestigde ziekenhuizen in de steden.
- f. Als laatste en enig project van dat soort is er het vaccinatieprogramma in de Filippijnen (nr. 10) dat grotendeels door UNICEF is uitgevoerd en door Nederland is (mede)gefinancierd onder andere door beschikbaarstelling van vaccins.

### 3. Initiatief en formulering

In beginsel ligt het initiatief bij het ontwikkelingsland. In de praktijk dringt Nederland er echter op aan dat in projectvoorstellen met betrekking tot gezondheidszorg voldoende aandacht wordt besteed aan extramurale activiteiten, bij voorkeur met een PIIC-karakter.

De steun aan Colombia, Liberia, Nepal, Zambia (WP) en Senegal zijn expliciete voorbeelden van voornamelijk Nederlands initiatief. Daarnaast kwamen initiatieven voort uit medefinancierings- en internationale organisaties, zoals WHO, UNICEF.



Zowel het reageren op aanvragen als het aandringen op bepaalde projecten kan achteraf nuttig en realistisch genoemd worden. Ingaan op een verzoek van een regering of particuliere organisatie – zoals de medefinancieringsorganisaties (MFO's) vooral deden – heeft nogal eens het voordeel dat de voorstellen sneller tot actie leiden. Van de andere kant blijkt een initiatief van Ontwikkelingssamenwerking om fundamentele beleidsredenen opportuun te zijn geweest onder meer in landen waar de periferie, om welke redenen dan ook, verwaarloosd was.

Vanwege de sterk uiteenlopende motiveringen van de initiatiefnemers is de formulering van de doelstellingen dikwijls onbevredigend en weinig realistisch gebleken. Men wilde te veel tegelijk en maakte te weinig keuzen. De evaluatierapporten stellen soms, en suggereren meerdere kren, dat het gebrek aan definiëring van de doelen ook voortkomt uit een ontoereikende kennis van de wensen, problemen en mogelijkheden van de doelgroep. Deze tekortkoming gold niet alleen Nederlandse ontwikkelingsinstanties, maar dikwijls ook de overheidsinstanties in de landen waarmee werd samengewerkt.

Een benadering die een ontoereikend inzicht in de probleemsituatie lijkt te kunnen ondervangen behelst een serieuze (wellicht tijdvergende) studie en analyse van de situatie vóór de eigenlijke projectaanvang. Ook is een werkwijze mogelijk waarin het uiteindelijke doel wel duidelijk omschreven is, maar de concrete invulling van tussendoelen geleidelijk aan gestalte krijgt tijdens de uitvoering; de zgn. procesmatige benadering. Goede voorbeelden daarvan zijn de projecten in Colombia, Liberia en Bangladesh.



Tot slot dient opgemerkt te worden dat de soms negatieve projectresultaten deels zijn terug te voeren op het feit dat de formulering van het PHC-beleid en de uitvoeringsmodaliteiten in de onderzoeksperiode nog weinig uitgewerkt en getoetst waren.

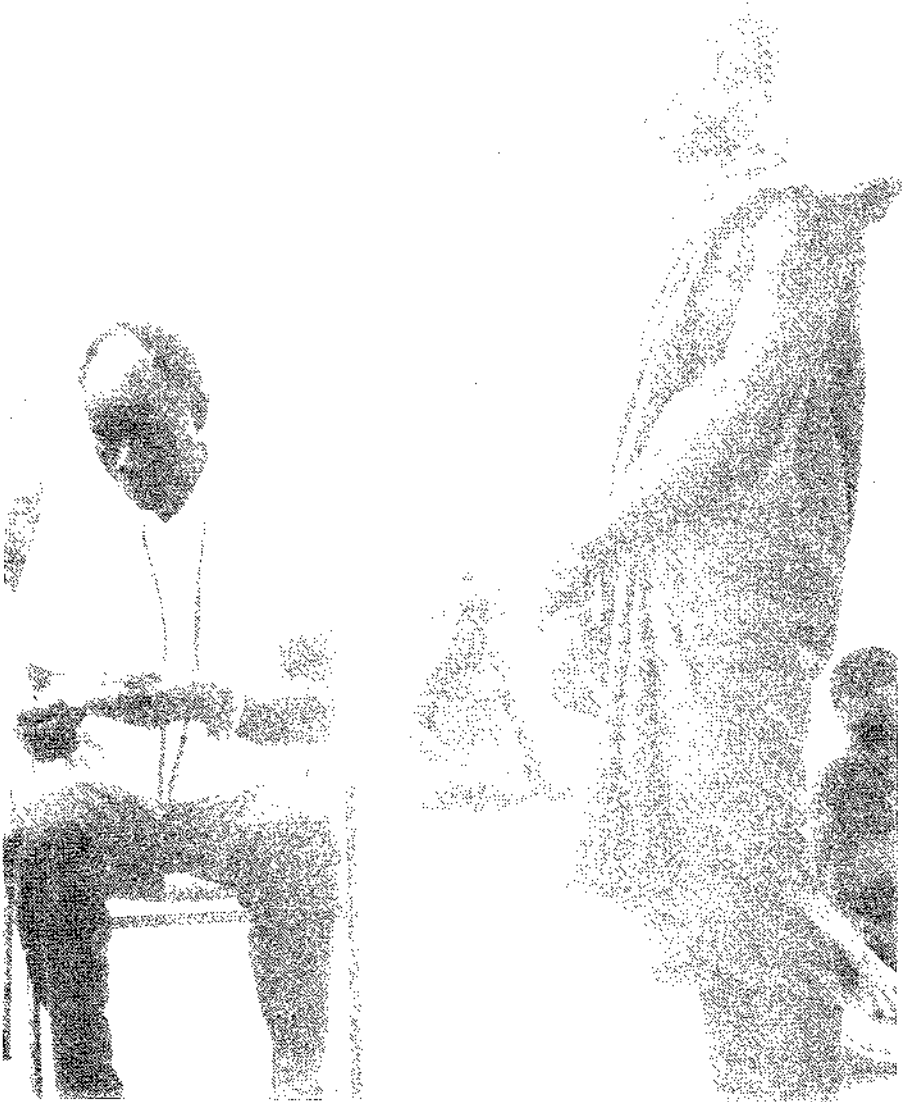
#### 4. Inzicht in de probleemsituatie

Het initiëren van actie en de invulling van een projectvoorstel zou gebaseerd moeten zijn op inzicht in de sociaal-economische situatie in het projectgebied en op inzicht in de lokale gezondheidsproblemen. Daarvoor is het nodig antwoord te krijgen op vragen als:

- Wat is het nationale gezondheidszorgbeleid ten aanzien van PHC? Hoe verloopt het decentralisatieproces van de beleidsvorming en uitvoering van PHC?
- In hoeverre is de slechte gezondheidstoestand armoede-bepaald, bijvoorbeeld door ondervoeding, slechte voeding, slecht drinkwater, ongezonde behuizing? In hoeverre kunnen medische activiteiten hiervoor een oplossing brengen?
- Wat wordt plaatselijk gedaan volgens bestaande (al of niet traditionele) opvattingen, door overheden of maatschappelijke groeperingen? Wat is de absorptiecapaciteit voor verandering van de lokale en nationale overheidsinstanties en de doelgroep? Tot welke bijdrage zijn zij bereid en in staat?
- Wat is de positie van vrouwen; zijn er vrouwenorganisaties; welke rol kunnen vrouwen in PHC vervullen; zijn er traditionele vroedvrouwen?
- Wat kan Nederland doen? Waar ligt de grootste behoefte; in gebouwen, uitrusting, management, voorlichting, mobilisatie; formele training vanaf het begin of bijscholing?
- Welke andere donoren zijn er werkzaam en in welke sectoren?

Beantwoording van dergelijke vragen – in feite het uitvoeren van een ‘base line study’ – kan helpen voorkomen dat de ondernomen projecten niet adequaat op de situatie inspelen. Kennis van de Ausgangssituatie is bovendien onmisbaar voor goede monitoring en evaluatie van resultaten.

Opvallend is het trouwens dat in projectdocumenten en in evaluatierapporten weinig aandacht wordt gegeven aan de plaats van PHC in een nationaal perspectief. Blijkbaar concentreerde men zich vooral op de uitwerking van het PHC-concept op lokaal niveau. Vragen over de nationale behoefte aan managementcapaciteit die nodig is bij de invoering van PHC, over mechanismen die tot herverdeling van middelen zouden kunnen leiden, en over de trainingsbehoefte ter heroriëntering van het professionele gezondheidskader, werden nauwelijks gesteld.



# Hoofdstuk 4. Aanpak en opzet

---

## 1. Inleiding

Aanpak en opzet zullen in dit hoofdstuk worden bekeken vanuit de volgende invalshoeken: benadering van de gezondheidszorg (curatief en preventief), betrokkenheid van de mensen om wie het volgens de oorspronkelijke plannen te doen was ('participatie') en aanpassing aan hun leefsituatie, integratie met niet-primair-medische aspecten of sectoren van het dagelijks leven in dorp of stadswijk, kosten en financiering. Deze keuze van invalshoeken is mede ingegeven door de bedoeling om tegelijkertijd de aandacht te vestigen op de factoren die belangrijk zijn voor een duurzaam effect, ook nadat de donor (in casu Nederland) zich om welke reden dan ook heeft teruggetrokken; in internationaal jargon: 'the factors of sustainability'.

## 2. Benadering van de gezondheidszorg

Niettegenstaande het grote belang dat gehecht wordt aan het voorkomen van ziekten en het stimuleren van een hierop gericht beleid lijken de soorten activiteiten die Nederland ondersteunde, sterk geconcentreerd te zijn geweest op het medische element in traditionele zin: genezing.

Dit gold niet alleen de activiteiten die eerder werden aangeduid als BHS; ook bij programma's die qua opzet en aanpak uitgaan van de PHC-benadering bleef dat een sterk onderdeel van actie. Gezondheidscentra en -posten voor zover opgezet vanuit het centrum vonden daarin zelfs hun hoofdactiviteit. Het personeel besteedde aan curatieve zorg ook de meeste tijd of het nu artsen, 'medical assistants', verplegers of hulpverplegers waren. Ze beantwoordden daarmee overigens wel aan een belangrijke vraag vanuit de bevolking. Dorpsgezondheidswerkers (hoe ze ook genoemd worden in de verschillende landen) boden dikwijls eerste hulp bij bevallingen en bestrijding van volksziekten, bij ongelukken en de steeds terugkerende gevallen van diarree en luchtweginfecties. Genezing stond uiteraard ook voorop bij medicijnvoorziening ten behoeve van BHS en/of PHC. Dat kon betekenen dat Nederland zich inspande om een pakket basismedicijnen (essential drugs) te financieren of te leveren. In sommige gevallen kwam het echter ook neer op levering van grondstoffen.

Focus op genezing sloot aandacht voor preventie overigens niet uit. De projecten in die categorie combineren curatieve, preventieve en voorlichtingsactiviteiten. Een dergelijke aanpak veronderstelt beschikbaarheid van essentiële medicijnen, inzicht bij de gezondheidswerk(st)er in de samenhang tussen genezing en preventie, en natuurlijk een minimum aan kennis, bereidheid en vaardigheid om op het juiste niveau voorlichting te geven, in eigen taal en met een zekere kennis van leefgewoonten. Van bijzonder belang zijn de tijd, aandacht en fondsen besteed aan betere drinkwatervoorzieningen. Zou men drinkwatervoorziening overal en consequent tot Primary Health Care rekenen, dan zou het beeld van preventieve gezondheidszorg over de gehele lijn ten goede veranderen. Omdat de watervoorziening in veel landen als aparte sector wordt behandeld, is ze hier alleen genoemd als ze ook formeel deel uitmaakte van PHC, bijvoorbeeld in Colombia, Liberia, Zambia (WP).

Onder de preventieve actie valt ook de organisatie en uitvoering van vaccinatieprogramma's, bij voorkeur als onderdeel van een regulier systeem van primaire zorg. Dat werd bewust en met enig succes nagestreefd in meerdere projecten zoals in Liberia, Colombia, Niger. In Senegal en Nicaragua werden hierin goede resultaten geboekt.

In het eerder genoemde programma op de Filippijnen bleef de Nederlandse input beperkt tot leveranties van DPT-vaccins in het kader van een Extended Programme of Immunisation (EPI), tripartiet opgezet en uitgevoerd door WHO, UNICEF en de Filippijnse overheid. Het betreffende evaluatierapport signaleerde een dusdanig lange voortzetting van leveranties dat de beoogde verzelfstandiging van Filippijnse vaccinproductie daarmee in het gedrang kwam.

Herhaaldelijk komt men in de evaluatierapporten de term voorlichting tegen; soms in één adem met begrippen als 'gezondheidsvoorlichting', 'kennisoverdracht', 'bewustwording' en 'gemeenschapontwikkeling'. De gedachte daarbij is dat gezondheid maar ten dele afhangt van gezondheidsdiensten en -faciliteiten in strikt medische zin en dat de leefwijze en eigen zorg van de bevolking van even groot belang is.

Het eerste beeld dat opkomt bij de voorlichting is dat van een persoon of team dat erop uittrekt met al of niet modern audio en/of visueel materiaal. De projecten variëren op dit punt aanzienlijk in verfijning en moderniteit. Er zijn gevallen van intensief gebruik van bord en krijt, flanneldoeken, stomme films, geluidsfilms in kleur, dia's en videofilms, hier en daar ook televisieprogramma's. Indien consequent aangepakt en lang volgehouden, bij voorkeur op nationale schaal, met een steeds terugkerende duidelijke boodschap, kan voorlichting op die manier zeker groot nut hebben. Een van de betere voorbeelden daarvan was het project 'Jornadas Populares' in Nicaragua. De boodschap daar was eenvoudig, aangepast en duidelijk.

Een minder spectaculaire vorm van voorlichting, in veel situaties waarschijnlijk de enige mogelijkheid, is die van een dorps- of wijkdiscussie op aangepast

niveau over de alledaagse gezondheidsproblemen en over eventuele actie om de situatie iets te verbeteren. Het uitwerken en voorzichtig uitproberen van deze voorgestelde, bescheiden, betaalbare, technisch haalbare verbeteringen in dorps-, wijk- of familieverband is dikwijls de enige manier om verandering op gang te brengen. In Colombia, Liberia, Kameroen en Niger is op dat punt veel tijd en moeite geïnvesteerd. Voorlichtingssessies van de dorpsgezondheidswerk(st)ers (Village Health Workers, VHW's) kunnen echter nog al eens vastlopen omdat de mensen na korte tijd geen interesse meer hebben in steeds dezelfde boodschap. Daar waar VHW's curatieve activiteiten in hun takenpakket hadden of beschikten over middelen voor community-actie, bleek dat voorlichting aansloeg.

Waar effectmeting toch al zeer moeilijk is bij extramurale gezondheidszorg, geldt dit kennelijk nog sterker voor de voorlichtingscomponent. De evaluatierapporten zijn over het algemeen dan ook wat vaag, zij het optimistisch, op dit punt. Er wordt voorlichting gegeven zo goed en zo kwaad als dat kan en dat op zich wordt geacht een belangrijke input te zijn. Soms wordt de output vermeld in termen van aantallen georganiseerde voorlichtingssessies en aantallen mensen die de bijeenkomsten hebben bezocht. Naast de constatering dat effectmeting moeilijk is, lijkt de aandacht en benodigde kundigheid daarvoor zowel in de uitvoering als bij de evaluatie veelal niet aanwezig.

### **3. Training**

In vrijwel alle evaluatierapporten wordt aandacht besteed aan training of bijscholing van paramedisch personeel. In dit verband gaat het in eerste instantie niet om verplegers, verpleegsters, analisten of laboranten voor ziekenhuizen, maar om personeel dat belast is met de bevordering van 'community health' in het kader van BHS of PHC.

Bij Basic Health Services worden als regel beroepskrachten ingezet die althans in theorie voor opleiding, supervisie, salariëring en bevoorrading kunnen vertrouwen op de officiële gezondheidsdiensten. Onder verschillende benamingen in de verschillende landen vallen daaronder de zgn. Medical Assistants (Bangladesh, Tanzania) en volledig opgeleide Community Health Nurses (zoals in Indonesië) en professionele vroedvrouwen.

In de plattelandsprojecten waarin de PHC-aanpak herkenbaar is, spelen dorpsvertegenwoordigers met geringe vooropleiding een cruciale rol. Als ze algemene functies uitoefenen worden ze Village Health Workers (VHW), ook wel *Sécouristes*, *Promotores de Salud* of *Agents Sanitaires de Base* genoemd. Zijn ze speciaal gericht op bevalling en alles wat daarmee samenhangt dan heten ze *Traditional Birth Attendants* (TBA's), *Matrones*, *Parteras Empiricas* of *Dhais*. De inzet en het

functioneren van deze dorpsvertegenwoordigers luistert nauw en kan op een aantal beslipunten worden beïnvloed.

Dat begint al bij de selectie. Ligt de uiteindelijke beslissing daarover bij de gemeenschap of bij het formele gezondheidssysteem? Kiest de overheid, zoals bijvoorbeeld in Soedan en Noordjemen, of de bevolking (Nicaragua, Senegal, Niger)? Of hebben beide partijen invloed op de keuze, met eindverantwoordelijkheid bij de overheid c.q. ook de projectleiding (Colombia)? Worden formeel of informeel eisen gesteld ten aanzien van leiderschap, afkomst (ter plaatse geboren en getogen) of liever met betrekking tot scholing en opleiding zoals lagere school?

De wijze van selectie kan van groot belang zijn voor de continuïteit van dienst van de eenmaal opgeleide kracht. Wil iemand als niet-betaalde vrijwilliger een opleiding (die varieert in de projecten van tien dagen tot negen maanden) terwijl hij of zij al werk heeft (thuis of anderszins), of zoekt hij het gezondheidswerk als een bron van inkomsten? Het blijkt van groot belang te zijn dat hierover in de selectie en training duidelijkheid bestaat en dat adequate organisatie van eventuele financiering is uitgewerkt. Zeker in het laatste geval is de continuïteit van projecthulp of inlijving in een functionerend en financieel gezond BHS- of PHC-systeem van essentieel belang voor de persoon in kwestie, en daarmee voor het dorp als geheel. Thans wordt geëxperimenteerd met een dergelijk systeem van incentives voor de VHW in de Western Province in Zambia.

Ook bij de opleiding zelf kan er veel goed en verkeerd gaan. Een korte opleiding is acceptabel (Nicaragua). Wel is periodieke nascholing dan nog belangrijker dan in andere gevallen. Bij opleiding of nascholing in een ziekenhuis (Rwanda) wordt de gezondheidswerk(st)er gemakkelijk gebruikt als een 'hulpje' voor de dokter. Het maakt ook een groot verschil of de opleiding wordt verzorgd door mensen uit het veld of door wat meer academisch ingestelde professionals. Ook de plaats waar men stage loopt is hierbij van belang, een kleine post of een groot gezondheidscentrum met min of meer strakke functieverdeling en specialisatie (Bangladesh).

In Niger vindt de opleiding dikwijls plaats in het dichtstbijzijnde gezondheidscentrum. Dit heeft het voordeel dat ze dan wordt gegeven door dezelfde verpleger die later de supervisie zal doen. De moeilijkheid – in feite foutieve opzct – kan zijn dat de verpleger niet is opgeleid voor training van anderen, zelf het curatieve werk niet goed beheerst en dus bijdraagt aan duplicatie van 'fouten'.

In Soedan was een schoolcomplex neergezet voor een negen maanden durende opleiding van VHW's. Ofschoon er slechts weinig traditie bestond in Basic Health Services – laat staan in PHC met sporen van participatie, integratie met andere sectoren enz. – , dachten zowel de door Ontwikkelingssamenwerking ingehuude

consultant als de Soedanese overheid, zoals later bleek al te optimistisch, dat de 'software' wel zou komen als de 'hardware' er maar stond.

Zeer merkwaardig is soms het voorgestelde (gehanteerde) curriculum van opleidingen voor gezondheidswerkers. Uit de, overigens schaarse, gegevens daarover in de rapporten blijkt dat er in meerdere projecten bijna halsstarrige pogingen worden gedaan om de slecht geletterde dorpsvertegenwoordiger of TBA in een paar weken of maanden het curriculum van een medisch student te laten doornemen. De gebruikte handboeken waren op dat punt een teken aan de wand (onder andere Colombia, Niger, Nicaragua). Uit latere informatie blijkt echter wel dat in veel projecten in de loop der tijd hierin verbetering optrad.

#### 4. Dorpsgezondheidswerk(st)ers

Voorzover in de projecten sprake was van aanzetten tot PHC en inzet van VHW's bleek meerdere keren dat de verwachtingen te hoog gesteld waren: zij moesten ongeveer alles doen wat een normale gezondheidsdienst doet of moet doen. Dat blijkt een onmogelijke eis. Een realistisch alternatief is dat de VHW in eerste instantie doet wat hem het best ligt, en zich daarna vooral toelegt op die activiteiten die het dorp het belangrijkste vindt; ideaal is een combinatie daarvan. Verder blijkt het regelmatig voor te komen dat VHW's taken moeten uitvoeren die door de gezondheidsdienst zijn vastgelegd, maar zonder dat hun de middelen daartoe geboden worden.

Elders zou hij echter meer doen dan hem is toegestaan. In sommige landen mag de VHW bijvoorbeeld geen ziekten behandelen omdat een plaatselijk sterke artsenorganisatie dat tegenhoudt (Uraba in Colombia). Ook in Rwanda en India mogen VHW's geen medicijnen uitgeven. In andere projecten is curatief werk juist een hoofdonderdeel van de hem toegedachte taken (Senegal, Niger, Liberia, Soedan). Een VHW die geen (al is het beperkt) curatief werk mag doen zit in een moeilijke positie (Zambia WP). Op geïsoleerde rurale plaatsen met bijvoorbeeld een kindersterfte van 150/1000 is curatief werk nodig en altijd veel gevraagd. Als hij alléén maar mag verwijzen, wordt zijn voorlichting en eigen positie ongelooftwaardig. Daar staat tegenover dat zijn opleiding niet van zodanig niveau is dat men hem veel meer dan elementaire curatieve taken kan toevertrouwen.

De grondslag voor het preventieve werk van een VHW ligt als het goed is in een (al is het maar eenvoudige) gezondheidsanalyse. Meestal gezamenlijk met zijn supervisor of een onderwijzer maakt hij een kaart van het dorp, benoemt de gezinnen, doet huisbezoeken en registreert de bijzondere risicogevoallen zoals niet-ingeënte kinderen, zwangere vrouwen, ouderen enz. Regelmatige huisbezoeken helpen de VHW bij de 'monitoring' van de gezondheidstoestand van individuen en het dorp in zijn geheel.

Waar de VHW niet genoeg status, deskundigheid en middelen heeft om vaccinaties van kinderen of volwassenen zelf uit te voeren neemt hij dikwijls deel aan centraal georganiseerde campagnes door kinderen te registreren en ze bij elkaar te brengen op de vaccinatiedag (Senegal, Liberia, Niger). Soms helpt hij bij vaccinatiecampagnes, uitgevoerd door mobiele consultatiebureaus (Rwanda en Niger, Zambia).

### *Hulpmiddelen*

Als voorwaarde voor succes van BHS en/of PHC wordt in alle rapporten de regelmatige beschikbaarheid van een minimum aan hulpmiddelen genoemd: basisgeneesmiddelen, materialen als verband en instrumentarium, en een simpel kantoor-tje.

In streken waar grote afstanden moeten worden overbrugd is vervoer meestal de grootste kostenpost. Als de gezondheidsdienst deze kosten op zich neemt, wordt veel narigheid voorkomen. Daartoe ontbreken soms de financiële middelen, een passende organisatie, soms ook de juiste prioriteitsstelling. Verschaffing van deze middelen door de gemeenschap blijkt niet zelden moeizaam te verlopen. De ontwikkeling en invoering van een effectief financieringssysteem blijkt een proces van lange duur te zijn.

Waar de bevolking zelf alles moet betalen – zoals middelen, inkomsten van de VHW's tot soms de kosten van de supervisie toe (Mali, Benin) – is de VHW in zijn werk in hoge mate afhankelijk van de continue goodwill van de bevolking, het succes op zeer korte termijn en de prioriteitsstelling ten aanzien van andere problemen die soms zelfs de overleving van de bevolking (oorlog in Soedan, hongersnood in Niger) bedreigen. De rapporten suggereren dat deze kosten slechts gedeeltelijk vanuit beschikbare dorpsgemeenschapsmiddelen te financieren zijn, de organisatie daarvan een zorgvuldige planning vraagt en de invoering een vrij lange tijd vergt.

Soms was een geheel andere tendens waarneembaar. De VHW's werden zo overvloedig van middelen voorzien voor hun 'praktijk' dat het geheel geleidelijk aan op een ziekenhuisje ging lijken; in de omstandigheden een 'wit olifantje' omdat kennis over het gebruik van de uitrusting niet aanwezig was of middelen ontbreken om continuïteit van het gebruik te garanderen.

Schrijnende tekorten of overdaad hoeven technisch gezien niet voor te komen. Internationaal zijn minipakketten ontwikkeld voor juist de minder geschoolde VHW. In Colombia (Chocó) was een 'mini-puesto de salud' in gebruik: een handig kistje met wat essentiële behoeften als medicijnen, verbandmiddelen, een klein instrumentarium en een kaartenbak. Ook in Niger en Liberia heeft men niet



meer dan een medicijnkist. Bijgeschoolde traditionele, of nieuw opgeleide vroedvrouwen krijgen in veel landen de beschikking over een 'UNICEF-kit' met eenvoudig instrumentarium (India, Niger en Liberia).

### *Ondersteuning en supervisie*

Afgaande op wat er in de evaluatierapporten wordt gezegd over supervisie en ondersteuning van gezondheidswerk(st)ers moet men concluderen, dat de supervisie bij centraal gedirigeerde BHS-systemen formeel altijd wel redelijk is geregeld. Dat betekent geenszins dat supervisie vanuit de hogere echelons van het BHS-systeem in feite regelmatig en adequaat wordt uitgeoefend. Niet zelden blijken hiervoor in ontwikkelingslanden de supervisors niet de nodige middelen (opleiding, menskracht, vervoer enz.) te krijgen om de formeel opgedragen taken uit te voeren. Voor zover het wel gebeurt, wil een bezoek van de 'inspecteur' nog wel eens onttaarden in een puur formalistische controle aan de hand van gedrukte checklists. Ook in de rapporten over PHC-projecten komen deze knelpunten regelmatig voor. Het ontwerpen en uittesten van een adequaat en realistisch PHC-supervisiemodel blijkt niet eenvoudig. Met name de heroriëntatie op gezondheidszorg, namelijk van curatief naar preventief, en de organisatie van supervisie blijken grote problemen op te leveren. Bedacht moet worden dat bijvoorbeeld het toevoegen van superviserende taken extra werk inhoudt voor de professionele staf van de gezondheidsdienst. Additioneel inkomen en verstrekking van benodigde middelen zoals vervoer, en administratief materiaal is dikwijls onvoldoende waardoor de motivatie ontbreekt c.q. terugloopt. Dat een combinatie van bijscholingsdagen en bevoorradig goed kan werken is onder andere gebleken in India, Senegal en Colombia.

Toezicht vanuit dorpsbesturen op door henzelf gekozen VHW's blijkt inhoudelijk wel degelijk iets te kunnen betekenen voor de manier waarop en de ijver waarmee een VHW zich van zijn taak kwijt.

Uitzonderingen daargelaten lijkt het op langere termijn goed functioneren van de VHW's niet primair te liggen in de aard en de frequentie van de supervisie maar veeleer in de materiële en morele ondersteuning.

Het kernprobleem van PHC draait steeds om de bereidheid en bekwaamheid van de institutionele gezondheidsdiensten om extra aandacht en middelen vrij te maken voor de periferie. Het blijkt uiterst moeilijk het bestaande systeem in beweging te krijgen ten gunste van degenen die veraf zitten in geografisch opzicht of een lage sociaal-economische status bezitten. Langdurige steun van buiten (in casu Nederland) en de discussie tussen bevolking en de nationale autoriteiten met bemiddeling door de donor kan daarin als een hefboom werken (Senegal, Niger, Liberia, Colombia in vier regio's).

## 5. Aanpassing, participatie en intersectorale actie

### *Aanpassing*

In de discussie over ontwikkelingssamenwerking bestaat overeenstemming dat een OS-activiteit een grotere kans op langdurig succes heeft naarmate ze aansluit bij de gevoelde behoefte en de culturele, financiële en technische mogelijkheden van de plaatselijke bevolking.

Nederlandse inspanningen om bij te dragen tot primaire gezondheidszorg dienen in deze context geplaatst te worden.

Binnen de internationaal onderschreven definiëring van PHC dienen deze inspanningen getoetst te worden aan de in de declaratie van Alma Ata geformuleerde criteria: 'wetenschappelijk verantwoord en maatschappelijk aanvaardbaar', 'tegen kosten die de gemeenschap en het land kan opbrengen in iedere ontwikkelingsfase' en tenslotte 'dit alles in de geest van zelfredzaamheid en zelfbeschikking'.

Bij deze toetsing valt om te beginnen op, dat de projecten qua inhoud sterk verschillen naar gelang het land of zelfs de streek waarin ze plaatsvonden. Die variëteit is op zichzelf een goed teken; de inzet was niet overal van dezelfde soort. In het ene land leek geduldig werk van deskundigen en/of vrijwilligers op dorpsniveau gewenst (SNV in Oost-Kameroen); in het andere (Bangladesh) leek het verstandig royaal bij te dragen aan een ambitieus bouwprogramma voor training van Medical Assistants. De situaties verschilden aanzienlijk van land tot land en daarmee werd kennelijk rekening gehouden.

Dat neemt niet weg dat de aansluiting bij lokale omstandigheden lang niet altijd optimaal was. In Soedan gaf het ontwikkelde gezondheidsplan hiervoor te weinig ruimte aan de regionale autoriteiten. In veel gevallen was de kennis van de lokale situatie zowel bij de autoriteiten van het gastland als bij Ontwikkelingssamenwerking niet toereikend om in de planningsfase voldoende aangepaste uitwerking van PHC te bewerkstelligen. In projecten als in Mali, Colombia, Liberia kwam deze aanpassing tijdens de uitvoering alsnog tot stand.

Een groot voordeel van gezondheidsprojecten was dat tastbare, concrete actie bijna altijd wel beantwoordde aan een of meer van de gevoelde behoeften. Meestal ook was de ondernomen actie wetenschappelijk aanvaardbaar al was de materiële input soms groter dan op dat moment verwerkt of benut kon worden. De bouw en uitrusting van Health Centres in Soedan en scholen in Bangladesh waren daarvan waarschijnlijk de meest uitgesproken voorbeelden.

Eén van de lastigste problemen lijkt steeds te zijn de financiële input tot een tijdelijke bijdrage te maken zonder de 'geest van zelfredzaamheid en zelfbeschikking' geweld aan te doen. Uit de evaluaties kan men concluderen dat het probleem

op dat punt meestal niet lag in Nederlandse 'bestedingsdrift'; veelmeer was de moeilijkheid dat, langer dan wenselijk en/of afgesproken, buitenlandse (zeg Nederlandse) fondsen werden gebruikt in plaats van fondsen uit eigen lokale en nationale budgetten. Eenmaal in gang gezet met Nederlandse steun ging een project of programma in zijn voortbestaan gemakkelijk te veel afhangen van die steun.

### *Participatie*

Aanpassing lijkt eigenlijk pas goed te verwezenlijken als de mensen om wie het gaat zelf betrokken worden bij, participeren in, de ontwikkelingsactiviteit.

In ontwikkelingssamenwerking in het algemeen en zeker bij PHC gaan minstens twee verschillende begrippen schuil achter de term 'participatie' (Muller, 1981): participatie als mobilisatie van de mensen en hun schaarse middelen en participatie als medezeggenschap van de mensen over hun eigen toekomst.

In de praktijk wordt meestal het eerste bedoeld en dan vooral in financiële zin. De overheid of projectleiding vindt dat de 'doelgroep' moet meedoen, dat wil zeggen moet bijdragen met geld, werk (liefst vrijwillig) aan de projectontwikkeling. Het duidelijkst komt dat naar voren in de Franstalige Westafrikaanse landen waar 'participation' in de praktijk gewoon 'eigen bijdrage' lijkt te betekenen (Niger, Senegal).

Alhoewel een sleutelbegrip in de PHC-benadering, blijkt in de praktijk dat het begrip participatie moeilijk in te vullen is. Dit geldt met name voor die situaties waar plaatselijke of centrale overheden alleen verbaal open staan voor invloed van onderaf. Maar ook de grote interne verscheidenheid van cultuur, klasse en status speelt hierbij een belangrijke belemmerende rol.

Over het algemeen wordt participatie gemeten in termen van 'wat men ervoor over heeft'. Doch er schuilt een gevaar in deze begripsvernaauwing om minstens twee redenen.

Ten eerste spenderen juist de armen in de maatschappij toch al verrassend veel van hun vermogen en energie aan eigen gezondheid. In ontwikkelingslanden gebeurt dat vaak via betaling voor diensten van traditionele helers, soms urenlange voettochten naar gezondheidsposten en, steeds veelvuldiger, door aanschaf van allerlei westerse medicijnen.

Ten tweede hebben we hier te maken met een situatie waarbij mensen met relatief de minste draagkracht worden verondersteld bij te dragen aan projecten waarvan de waarde voor hen nog bewezen moet worden. En dit terwijl de overheid het bestaande gezondheidssysteem onveranderd laat in zijn focus op de stadsbevolking. Een focus die om redenen van rechtvaardigheid (door gelijke gezondheidskansen van een ieder) juist veranderd moet worden door de PHC-benadering.

Het hoeft dan ook geen verwondering te wekken dat participatie in deze enge zin nogal eens tegenvalt.

Participatie in de tweede betekenis duidt op een betrokkenheid van mensen in meerdere opzichten. Als het goed is krijgen de mensen daarmee iets meer greep op hun eigen bestaan. Ze worden in de gelegenheid gesteld hun eigen situatie te analyseren; ze zoeken zelf naar oplossingen voor zaken die ze als grootste problemen zien. Het ontwikkelingsproject speelt bij de mogelijke oplossingen wel een rol maar is geen panacee. Als het goed is, hebben de mensen ook een inbreng bij planning, uitvoering en controle over het project. Dat dit meer dan theorie kan zijn blijkt uit de rapporten over activiteiten in onderling zeer verschillende landen als Nicaragua, Colombia en Liberia.

In Liberia stelden dorpscomités voorstellen op voor dorpsontwikkeling. In samenwerking met de staf van het VHW-project en die van andere sectoren werden keuzes gemaakt, planning en uitvoering van projectjes zoals voor schooltjes, kleine dorpsplantages, betonnen bruggetjes, dorpswinkeltjes, verbetering van marktplaatsen ter hand genomen. In de uitvoering ging de participatie ver genoeg om dorpsbewoners te laten ervaren wat het effect kan zijn van eigen (maar door het project niet gedeelde) voorkeuren.

In Colombia (Chocó) werden dorpsgezondheidsanalyses gekoppeld aan historische studies over de dorpsontwikkeling in het algemeen. Dat leidde tot oplossingsstrategieën die zich niet beperkten tot de gezondheidssector. Iets dergelijks is gedaan in Uraba en Guaviare, waar georganiseerde dorpen de autoriteiten van alle sectoren uitnodigden voor een dialoog. Daarin zetten zij hun analyse van de eigen problematiek uiteen en koppelden hun verzoek tot specifieke steun van de overheid aan toezeggingen van eigen inspanningen.

De koppeling van PHC aan gemeenschapsversterking in organisatie en management blijkt van groot belang te zijn voor het resultaat en de continuïteit van dit soort acties. Gemeenschappen blijken in latere fasen van de projectuitvoering in staat zelf verbeteringen uit te voeren, althans een deel van hun problemen op te lossen en de weg te vinden naar instanties voor additionele hulp of voor een onderbouwd protest. Deze ontwikkelingen lijken de behaalde vooruitgang in de gemeenschappen te beschermen tegen bedreigende factoren van buiten.

Projectsteun van donoren is per definitie eindig en overheden verleggen soms hun prioriteiten. Daarentegen is de sociale structuur van dorpsgemeenschappen relatief stabiel, hetgeen daarom een goed kader is voor duurzame ontwikkeling. Participatie van de bevolking lijkt dan ook een belangrijke bijdrage te kunnen leveren aan de 'sustainability' van samenwerkingsprojecten in PHC.

Echter lang niet altijd verliepen ervaringen met dorpscomités onverdeeld gunstig. Onbekendheid van de inheemse of Nederlandse projectleiding met de tradities van de doelgroep leidt er soms toe dat er gezondheidscomités worden opgericht, die in wezen niet aansluiten op de werkelijke status en invloedsverhoudingen in de gemeenschap. Na verloop van tijd willen die comités dan nog wel eens snel vervallen. Ook daar zijn voorbeelden van zoals blijkt uit evaluaties in Senegal, Niger, en Colombia (Chocó, in het begin).

Van andere orde, maar in hun effecten analoog aan de laatste, zijn participatiemodellen die enigszins kunstmatig, soms vanwege een nationale ontwikkelingsfilosofie, zijn ingevoerd. Daarin blijkt soms dat het gebod 'gij zult voortaan participeren' minder is opgevolgd dan politieke leiders hadden aangenomen. De ervaringen met MCH-klinieken in Tanzania en die met PHC in de Western Province van Zambia zijn in dat verband illustratief.

Generaliserend kan men waarschijnlijk stellen dat mensen – waar dan ook – bereid zijn betrokken te worden bij ontwikkelingen (inclusief projecten die daarop gericht zijn) en dat ze daar vaak ook veel voor over hebben. Voorwaarde is echter dat ze binnen redelijk korte tijd concreet en meer dan kortstondig resultaat zien. Met obligaat gebruik van de term 'participatie' in een ontwikkelingsplan wordt dat niet zonder meer bereikt. Met zorg en specifieke deskundigheid dient daartoe een lokaal adequate benadering te worden uitgewerkt en dient er tevens een gunstig algemeen politiek sociaal klimaat aanwezig te zijn of te worden bevorderd.

### *Intersectorale actie*

De reden waarom in de PHC-benadering nadruk wordt gelegd op integratie met (minstens aansluiting op) andere sectoren komt voort uit de ervaring dat er maar een beperkt verband bestaat tussen de strikt medische zorg en het gezondheidsniveau van een bevolking(sgroep). Het blijkt namelijk dat de invloed van de medische zorg op het gezondheidsniveau minder is naar gelang de armoede groter is. Dan spelen andere aspecten een belangrijke rol: huisvesting, voeding, onderwijs, inkomensverwerving door landbouw of industriële arbeid. Omgekeerd is bijvoorbeeld plattelandsontwikkeling niet goed denkbaar zonder medische zorg. Redelijke gezondheid is nu eenmaal nodig voor deelname aan economische activiteit, en een eerste zorg van mensen waar dan ook.

Een goed voorbeeld van de samenhang tussen sectoren geeft het RUHSA-project in India. Uitgangspunt was daar dat het project medische diensten verleende en dat het daarmee gewekte vertrouwen bij de bevolking benut zou worden om de mensen doeltreffender te organiseren, zodat ze ook op ander terrein op meer aandacht en beter functionerende voorzieningen zouden gaan aandringen. Niet

alleen de gezondheidssector maar ook de banken (leningen van maximaal f 500,-), de coöperaties (hun aantal werd groter) en de sociale organisaties voor vrouwen en jongeren werden met succes aangemoedigd en gesteund om hun activiteiten te intensiveren en te verbeteren.

De situatie in Liberia was geheel anders; van overheidswege werden zo wie so al zeer weinig diensten verleend in de dorpen. Mede dank zij de aanzet tot primaire gezondheidszorg kwam er een proces van intersectorale gemeenschapsontwikkeling op gang: regelmatig overleg met dorpsleiders, versterking van plannings- en managementcapaciteit van gezondheidscomités, bijscholing van traditionele vroedvrouwen, introductie van veilig drinkwater, meer praktisch onderwijs en geleidelijke, kleine aanpassingen in landbouwtechnieken. Dit proces van gemeenschapsontwikkeling creëerde nieuwe structuren in de dorpen. Dat trok de aandacht van UNDP, die vervolgens een multi-sectoraal, op dorpsactiviteiten gericht project startte, dat via deze structuren werd uitgevoerd.

Een eerste rapport over de samenwerking in Niger klaagde over het ontbreken van verbanden met andere sectoren. In een latere evaluatie bleek dat er toch verbetering was opgetreden op dat punt. De nadruk lag nog wel sterk op medicijnen en genezing, en vaccinatieprogramma's werden nog 'verticaal' uitgevoerd zonder veel ruggespraak met bestaande andere diensten. De mentaliteit van de mensen echter leek toch langzaam iets te veranderen toen er enig uitzicht op verbetering kwam. Zo werd op hun verzoek een project voor invoering van energiebesparende oventjes met enig succes gekoppeld aan gezondheidsvoorlichting voor vrouwen.

## **6. Kosten en financiering**

De hier aangesneden problematiek heeft alles te maken met één kant van 'sustainability': wie zal wat betalen als de buitenlandse steun wegvalt?

Theoretisch kan de gezondheid(szorg) in ontwikkelingslanden op meerdere manieren gefinancierd worden: direct door de mensen die op een gegeven moment gebruik maken van diensten; indirect via belasting uit nationale of sub-nationale publieke middelen, of uit fondsen vanuit andere landen. Buitenlandse steun moet over het algemeen gezien worden als tijdelijk. Ook de strategie 'Health for All by the year 2000' gaat uit van de veronderstelling dat de primaire gezondheidszorg (PHC) misschien niet in het begin maar toch wel na verloop van tijd uit nationale en lokale fondsen wordt gefinancierd. De vraag is in hoeverre en in welk stadium van ontwikkeling dat mogelijk is. In veel gevallen beschikt het ontvangende land niet over voldoende middelen om alle projecten zelfstandig voort te zetten. De enige mogelijkheid is dan een verschuiving binnen het totale uitgavenpakket van

de overheid. Om te kunnen beoordelen hoe reëel zo'n optie is moet men inzicht hebben in het huidige bestedingspatroon.

Informatie over bestedingen in de gezondheidssector in termen van percentages van BNP of overheidsbudgetten is vaak wel voorhanden.

Moeilijker is het om vast te stellen hoeveel in absolute cijfers of in percentages van het totale gezondheidsbudget wordt besteed aan primaire gezondheidszorg, al was het maar omdat de landen daar verschillende dingen onder verstaan. De onduidelijkheid op deze terreinen heeft meerdere oorzaken: technisch-administratieve gebreken in de bureaucratieën en terughoudendheid bij de rapportage, zelfs aan internationale instellingen zoals aan de WHO. Als al min of meer bekend is wat er besteed wordt uit openbare middelen, blijft in de meeste landen in ieder geval onduidelijk wat uit particuliere bron wordt besteed.

Uit de beschikbare cijfers concludeert de WHO (1987) met de nodige aarzeling ('there is some evidence') dat bestedingen in ontwikkelingslanden, in percentages van hun BNP, sinds 1977 in meer landen zijn gedaald dan gestegen. De redenen voor deze daling zijn niet ver te zoeken. Bij economische stagnatie of teruggang worden sociale diensten meestal het eerst getroffen door bezuinigingsmaatregelen, al of niet doorgevoerd vanwege IMF, Wereldbank en/of bilaterale donoren.

In landen die het langst relatief hoge voorrang gaven aan sociale programma's zoals in onderwijs en gezondheidszorg, bleven de toewijzingen soms in theorie en op papier nog wel overeind maar liepen de diensten van de overheid (en zelfs de reële mogelijkheden voor zelfredzaamheid) drastisch terug. Vooral de importen van essentiële medicijnen (of grondstoffen en machines voor lokale fabricage), instrumentarium, onderhoud, transport en dergelijke stagneerden.

### *Kosten van PHC*

In de literatuur over PHC wordt nog al eens gesuggereerd dat primaire gezondheidszorg naar verhouding goedkoop zou zijn en ook daarom gefinancierd moet/kan worden uit nationale en lokale middelen.

Ten aanzien van kosten is in beperkte mate informatie beschikbaar onder andere uit projecten en programma's die met buitenlandse steun zijn opgezet. Kostenvergelijking wordt hier weer bemoeilijkt doordat geen eensgezindheid bestaat over de componenten in het pakket van (ondersteunende) voorzieningen die men tot PHC moet rekenen. Hoewel beweerd wordt dat PHC-programma's kunnen worden uitgevoerd voor ongeveer \$ 1 per hoofd per jaar (Kasongo-project, 1984) zijn er ook andere geluiden te horen.

In 1981 schatte de WHO de investeringskosten van de belangrijkste onderdelen van PHC op circa \$20 per hoofd per jaar. Voor drinkwater en sanitatie zou circa \$48 nodig zijn, voor inenting \$3, voor malariacontrole \$0,75, voor essentiële geneesmiddelen \$5 en voor constructie en training circa \$15. Door spreiding van deze aanloopkosten over vier jaar kwam men tot \$20 per hoofd per jaar. Lopende kosten van PHC-programma's kwamen volgens een soortgelijke schatting op \$10 per hoofd per jaar.

Spaarzame gegevens uit de hier samengevatte rapporten geven soms wat kleur aan dit algemene en vage beeld. In Senegal lagen de aanloopkosten van de PHC-elementen in het programma rond de f 4,- per hoofd boven de normale kosten voor gezondheidszorg in de betrokken regio. In India (RUSHA) was dat f 10,-. In geen van de twee gevallen werd geïnvesteerd in drinkwatervoorzieningen. Daarentegen bedroegen de kosten in India (Kolar) slechts f 3,-.

In Colombia werden in de opbouwfase (inclusief drinkwater voor circa 25% van de doelgroep) kosten gemaakt van f 100,- per hoofd. De lopende kosten kwamen daar op circa f 25,- per jaar. Ook hier ging het om uitgaven boven de normale, overigens lage, kosten gemaakt voor gezondheidszorg.

### *Eigen bijdrage*

Informatie over eigen bijdrage in de financiering van PHC door de overheid is summier in Nederlandse samenwerkingsprojecten. In de planning gemaakte afspraken werden veelal vertraagd of konden ook uiteindelijk slechts gedeeltelijk worden gerealiseerd.

Wel zijn er indirecte aanwijzingen dat vanuit nationale overheden de inputs van PHC geleidelijk aan toenemen: de hoeveelheid personeel in de rurale gebieden neemt toe, het aandeel van niet door Nederland gefinancierde lopende kosten – vervoer, geneesmiddelen – neemt toe. Weliswaar komt dit soms in niet onbelangrijke mate door inputs van andere donoren (bijvoorbeeld vervoer door USAID in Niger, geneesmiddelenopslag en vervoer ('koude keten') door UNICEF, geneesmiddelen van bilaterale donoren) of leningen zoals van de Wereldbank.

Voor zelffinanciering zijn in de loop van de jaren meerdere aanzetten gegeven. In India stortte zowel de uitvoerende lokale stichting als de Nederlandse MFO geld in een kapitaalfonds. De rente daarop werd aangewend voor lopende kosten.

In Niger, Benin, Senegal en in een latere fase in Liberia wordt van de bevolking een aanzienlijke financiële bijdrage geëist bij de opbouw en instandhouding van de PHC-programma's, zoals door een bijdrage in geld en arbeid voor de bouw van de



'case de santé' en betaling van de VHW (door betaling per bezoek of als hoofdelijke omslag, en door betaling van medicamenten). De laatste benadering stelt de VHW soms in staat een zekere winst te maken op de medicijnen zodat hij zijn doorgaans lage inkomen kan aanvullen. Met uitzondering van de lopende kosten in een nog lopend onderzoeksproject in Benin is overigens nergens gebleken dat een dorps- of wijkgemeenschap meer dan een klein deel van de kosten in een omvangrijk programma kan dragen.

Dat de mensen in de kosten bijdragen is op het eerste gezicht voor de hand liggend en functioneel. Daar horen wel een aantal kanttekeningen bij gemaakt te worden: het is de vraag voor welke diensten, welke kosten en welk percentage van het totaal betaald moet worden. Bij welke belasting van de gebruiker wordt een drempel te hoog voor gebruik door de armste groepen met de slechtste gezondheid? Wanneer de gezondheid het meest kwetsbaar is, bijvoorbeeld in tijd van hongersnood, kunnen de mensen nauwelijks iets bijdragen. Daar waar de reguliere gezondheidszorg over het algemeen toch al beter is geregeld (in de meer ontwikkelde delen van het land) is de dienstverlening soms gratis.

Ook de armsten dragen door hoofdelijke belasting al bij aan de reguliere gezondheidszorg; ze profiteren er echter relatief weinig van. Waar de bevolking erg veel moet bijdragen wordt de overheid niet of nauwelijks financieel betrokken bij PHC en kan wat betreft de gezondheidszorg gewoon doorgaan op de oude voet.

### *Donorinbreng*

Ook bij de extramurale gezondheidszorgprojecten speelt de materiële kant een belangrijke rol in de Nederlandse input. Zo vormde in Bangladesh de financiering van bouwactiviteiten (klinieken, trainingsfaciliteiten, woningen voor staf, slaapzalen voor studenten enz.) en leverantie van uitrusting en instrumenten een belangrijk aandeel in de totale bestedingen. Maar ook in andere evaluaties komen hoge percentages voor. Bij het programma in Senegal werd 50% van de projectfondsen besteed aan infrastructuur. In Soedan ging ruim 70% van het budget naar constructie.

Deze bestedingskeuze was kennelijk niet alleen door Nederland gemaakt. Ook veel officiële gezondheidsinstanties in de partnerlanden hadden vaak liever een gebouw dan een buitenlandse deskundige, liever medicijnen dan voorlichting over medicijngebruik, liever een 'mobile film unit' dan een cursus over visuele middelen.

Behalve materiële steun zoals eerder beschreven heeft Ontwikkelingssamenwerking zelf, de MFO's of de Stichting Nederlandse Vrijwilligers ook regelmatig personeel ingezet. Dat kon gebeuren op allerlei niveaus, bijvoorbeeld toegevoegd aan

(soms tijdelijk de plaats innemend van) een District Health Officer die in zijn rayon de primaire zorg moest organiseren met (meestal zeer) beperkte middelen; dikwijls ook als trainer van lokale middenkaders of dorpsgezondheidswerkers, meermalen als adviseur en nog vaker als animator en vooral 'trouble shooter'.

In een aantal projecten kreeg de Nederlandse deskundige de functie toebedeeld van 'makelaar' hetzij tussen Nederland en het partnerland, hetzij tussen de inheemse veldwerk(st)ers en hun eigen officiële gezondheidsdienst. In een opvallend aantal gevallen blijkt de Nederlandse projectadviseur een vertrouwensrelatie met zowel de autoriteiten als de bevolking te hebben en blijkt hij een gunstige bemiddelende rol te vervullen (Colombia, Mali, Liberia, Zambia (WP)). Verder heeft, daar de financiering voor een belangrijk deel van buiten komt, de deskundige dikwijls meer invloed op de gezondheidsautoriteiten dan de plaatselijke veldwerker. De Nederlandse deskundigen zijn vaak de eersten die de principiële zwakte van zo'n situatie erkennen in termen van 'sustainability', maar anderzijds hebben ze vaak weinig keuze. Tenslotte zal geen enkele doelgroep onder de indruk komen van projectactiviteiten als er geen actie waarneembaar is. Dat geldt zeker in die situaties waarin mensen al jaren zijn gebombardeerd met allerlei verhalen over gezond eten, goed drinkwater, hygiëne en gezonde leefgewoonten. Tastbare actie vereist nu eenmaal overreding, loskrijgen van beloofde medicijnen en transportmiddelen.

Uit de evaluaties blijkt, dat zeker in de beginfase van projecten niet alleen de aanloopkosten (inclusief investeringen in infrastructuur, extra begeleiding, onderzoek) grotendeels gedragen werden door Nederland, maar ook het merendeel van de lopende kosten. Een uitzondering in dat opzicht vormt Colombia. In Colombia bleek het nationale aandeel in lokale kostenfinanciering na vijf jaar boven het Nederlandse uit te komen.

Voor de financiering van PHC is in eerste instantie kostenbeheersing en reallocatie van fondsen binnen de gezondheidssector als geheel van belang. In de beleidsdialoog met ontvangende landen moeten donoren hierop druk blijven uitoefenen. De wenselijkheid van cost recovery op projectniveau door bijdragen van particulieren dient met de nodige zorg te worden onderzocht.

# Hoofdstuk 5. Resultaten

---

## 1. Inleiding

De meest gestelde en eenvoudigste vraag met betrekking tot ontwikkelingssamenwerking, onder meer op het terrein van extramurale gezondheidszorg, is: heeft het geholpen, zijn de mensen om wie het te doen was er 'beter van geworden'? Kortom is de gezondheidssituatie van de bevolking verbeterd?

De effecten op de gezondheidssituatie van de 33 geëvalueerde activiteiten zijn niet zomaar zichtbaar te maken. Voor zover de evaluatierapporten op dat punt beoordelingen bevatten, beperken die zich meestal tot de 'output' van een activiteit.

Beoordeling van 'impact' op het gezondheidsniveau van de mensen is onderzoekstechnisch niet eenvoudig en zou om minstens twee redenen dikwijls ook wat ongeloofwaardig zijn. Ten eerste waren vrijwel nergens betrouwbare uitgangswaarden bekend; ten tweede zijn veranderingen in gezondheidstoestand, als ze al te meten zijn, vaak het gevolg van andere zaken dan het ontwikkelingsproject in kwestie. Een periode van extreme droogte in Niger bijvoorbeeld, of de prijs van de katoen in Tanzania of van jute in Bangladesh kunnen een belangrijker effect op de gezondheid hebben dan welk project ook.

Volgens de WHO zijn er 'so wie so' weinig landen die betrouwbare methodes en procedures hebben ontwikkeld om op systematische wijze de impact van gezondheidsbeïnvloedende factoren vast te stellen. Dat werkeloosheid, slechte behuizing en dergelijke de gezondheidstoestand beïnvloeden neemt iedereen aan. Hoe en in welke mate dit gebeurt is nog verre van duidelijk.

Bij de bespreking van de resultaten van de projecten wordt hier dan ook uitgegaan van de outputs op de belangrijkste aandachtsvelden als eerder besproken.

## 2. Bereik van de gezondheidszorgactiviteiten

Uitgaand van de evaluatierapporten mag men concluderen dat in het algemeen de beschikbaarheid van de gezondheidszorg en het gebruik ervan door de bevolking

door de onderhavige projecten, direct of indirect, wel op een of andere wijze is vergroot.

In de ene situatie is de vergroting van de 'coverage' een grotere prestatie dan in de andere. In India (RUHSA) ondervonden binnen enkele jaren zo'n 35.000 mensen nuttig effect van het project. Ze woonden wel allemaal binnen een straal van circa 30 kilometer in een zgn. 'development block', en waren eenvoudig bereikbaar. In Colombia waar het Programma voor Primaire Gezondheidszorg zich afspeelde in vier regio's, wonen de mensen zeer verspreid en in een moeilijk toegankelijk gebied. Toch profiteren circa 50.000 mensen tot op heden op een of andere manier van het programma.

In Niger hadden (althans bij evaluatie in 1986) een paar honderdduizend mensen toegang tot eenvoudige eerste hulp, dicht bij huis dan eerst. Ook in Nicaragua – onder meer door medefinanciering door Nederland – nam de toegankelijkheid in het gebruik van gezondheidsdiensten in enkele jaren met 50% toe.

Met kleine investeringen in enkele KAP's kregen in Tanzania zo'n 5000 vrouwen betere toegang tot redelijk werkende kraamklinikjes. In Noordjemen zijn na jaren van samenwerking in de gezondheidssector de voorwaarden geschapen voor PHC in de dorpen.

Daarentegen kon in Soedan nog nauwelijks worden gesproken van uitbreiding van het bereik. Het programma dat om een veelheid van redenen toch al erg moeizaam op gang kwam, moest in 1984 vanwege oorlogsomstandigheden zelfs worden opgeschort.

Uitbreiding van bereik betekent hier allereerst dat de bevolking eerste hulp bij ziekte dicht bij huis krijgt: wondverzorging, behandeling van veel voorkomende ziekten en in veel gevallen hygiënischer hulp bij bevallingen. In de omstandigheden mochten deze kleine verbeteringen niet onderschat worden. Met name is vroegtijdige eenvoudige behandeling bij kinderen van aandoeningen als diarree en infectie aan de luchtwegen levensreddend.

Het bestaan van een kleine apotheek in het dorp en de behandeling door een in het eigen dorp vertrouwd iemand blijkt vooral in sterk traditioneel levende gemeenschappen een belangrijke vooruitgang. Gezien de vele andere werkzaamheden die vrouwen al moeten verrichten, bespaart het hun tijd, omdat wachttijden bekort worden en lange tochten niet meer nodig zijn.

In vrijwel alle rapporten wordt het feit vermeld dat de zorg vooral curatief is gebleven; de toegang tot en het gebruik van de preventieve zorg zou naar verhouding laag gebleven zijn. Alleen ten aanzien van Zambia (WP) wordt juist opgemerkt dat in de dorpen meer gedaan zou kunnen worden aan eenvoudige behandeling van ziekten.

Een duidelijk voorbeeld van een lage score ten aanzien van preventie is Niger. In het departement Niamey woont nu, mede dank zij ruim tien jaar Nederlandse steun, 17% van de bevolking (1,1 miljoen) binnen een straal van 5 km van een redelijk werkende polikliniek; 50% woont in dorpen waar een VHW en TBA werkzaam is. Toch bezocht slechts 12% van de kinderen onder 1 jaar het consultatiebureau, 4% van de zwangere vrouwen de prenatale klinieken en was minder dan 5% van de kinderen onder 5 jaar afdoende ingeënt. In hetzelfde departement bleek echter bij een specifiek onderzoek in een dorp dat tussen 1974 en 1982 de sterfte van moeders en zuigelingen met 50% was gedaald. Het is dan ook de vraag in hoeverre dit aan het gezondheidsproject te danken kan zijn geweest.

Ook in India (RUHSA), Oost-Kameroen, Nepal en Noordjemen gaf de verhouding curatie/preventie een ongunstig beeld ten aanzien van preventieve activiteiten, zij het dat in Noordjemen de prognose voor preventieve actie beter is geworden. Daar staat weer tegenover dat in Nicaragua de bezoeken aan consultatiebureaus en de inentingspercentages in de projectperiode sterk opliepen. Vanaf 1982 verdween polio uit de statistieken en kwam mazelen nog slechts sporadisch voor.

Sommige projecten tonen opvallende gaten en even opvallende sterke punten. In Colombia valt op dat moeder- en kindzorg, speerpunt voor veel andere PHC-projecten, slecht is ontwikkeld. In Niger is de malaria-profylaxe in het regenseizoen relatief sterk ontwikkeld, terwijl de vaccinaties ver achterlopen.

### 3. Training

Opleiding voor gezondheidswerk(st)ers op velerlei niveau vormde in veel programma's deel van de taakstelling, in andere (bijvoorbeeld Bangladesh) was dat het hoofdbestanddeel. Voor zover aantallen (getrainde personen) een indicatie geven van effectiviteit is er op basis van de evaluatierapporten reden voor een zekere tevredenheid.

In Bangladesh zijn in samenwerking tussen vier multilaterale en één bilaterale donor (Nederland) 18 scholen gebouwd voor de training van Medical Assistants en waren in de periode 1976-1983 1562 Medical Assistants afgestudeerd, waaronder 147 vrouwen. Inclusief twee periodes van 3 maanden voor stage duurde de training 2 jaar. Daarna volgde dan nog een jaar 'internship' in een ziekenhuis(!). Kritische, externe en interne (Bengaalse) evaluatoren prijzen het programma op dat punt, al verbloemen ze niet dat de Medical Assistants meer tot het 'medisch' kader dan tot 'gezondheids'kader behoren. De bedoeling was dat MA's op districts- en subdistrictsniveau zouden worden belast met curatie, preventie, ondersteuning en supervisie. In feite, zo stellen de evaluatoren, overweegt de 'curative bias'. Eerlijk en veelzeggend is de opmerking van een MA: 'preventive work does not pay.'



Misschien wel voor het land als geheel, maar het brengt de MA zelf geen brood op de plank. De evaluatoren concluderen in verschillende bewoordingen dat de MA's minder functioneel zijn voor PHC dan voor gecentraliseerde BHS.

In West-Afrika waar Nederland in een vroeg stadium begon met ondersteuning van extramurale gezondheidszorg (Senegal, Liberia, Niger) waren bij evaluatie in 1979 al imponerende aantallen VHW's (sécouristes) en kraamverzorgsters getraind. In Liberia na 2 jaar 80 VHW's; in Senegal eveneens na 2 jaar 32 VHW's en 33 traditionele vroedvrouwen; in Niger na ruim 4 jaar 519 VHW's en 321 traditionele vroedvrouwen. In Niger was het aantal getrainde VHW's in 1982 opgelopen tot 1180 en hadden 1070 daarvan ook al minstens een herhalingscursus gevolgd.

Dat die getallen op zich niet alles zeggen moet men dan weer afleiden uit de kwaliteitsbeoordelingen die in dezelfde rapporten voorkomen. In Liberia: 'redelijk gekwalificeerde en gemotiveerde mensen met een all round kijk op gezondheidszorg. Als de regelmatige beschikbaarheid van eenvoudige medicamenten echter niet verbetert, kan men het effect van de training wel vergeten.' In Senegal: 'de VHW's zijn eenzijdig gericht op genezing; bakkers doen vanuit de preventie gezien, belangrijker werk.'

Het grote aantal getrainde VHW's in Niger wordt gerelativeerd met opmerkingen als 'de kwaliteit van de VHW's is niet hoog; de meesten zijn reizende apothekers.' Daarentegen boeken vooral bijgeschoolde traditionele vroedvrouwen (méér dan jonge, ad hoc getrainde 'vroedvrouwen') blijkbaar goede resultaten met eenvoudige voorlichting en betere, hygiënischer assistentie bij bevallingen.

Periodieke bijscholing en opname van deze activiteit tijdens regelmatige supervisie – zo mogelijk in de dorpen door de werkers van de reguliere gezondheidsdienst uitgevoerd – worden in vrijwel alle evaluatierapporten aanbevolen. Zowel het evenwicht tussen curatieve en preventieve activiteiten als de kwaliteit van het werk van dorpsgezondheidswerkers kunnen hierdoor verbeteren.

#### 4. Dorpsgezondheidswerkers

De kern van PHC ligt vaak in het werk van kort opgeleide dorpsgezondheidswerkers (VHW's), bijgeschoolde, traditionele vroedvrouwen (TBA's) en dorpsgezondheidscomités. In dienst of ten minste met behulp van het gezondheidssysteem wordt door hen eenvoudige essentiële gezondheidszorg in dorpen geïnitieerd zoals: behandeling van de meest voorkomende ziekten, eerste hulp, verstrekking van de eerst nodige geneesmiddelen, gezondheidsvoorlichting, drinkwater en sanitatie en bestrijding van ondervoeding en slechte voeding.

In door Nederland medegefinancierde PHC-programma's kregen activiteiten met betrekking tot VHW's de hoogste prioriteit.

Nederlandse ondersteuning van VHW's was met name gericht op training, verstrekken van hulpmiddelen en supervisie. Op training is reeds uitvoerig ingegaan in het voorgaande hoofdstuk.

Samenvattend kan worden gesteld dat Nederland een belangrijke bijdrage heeft geleverd aan de introductie van dorpsgezondheidszorg alsmede verbetering van hun functioneren en de noodzakelijke ondersteuning aan de VHW's door de nationale gezondheidsdiensten.

De ondersteuning van dorpsgezondheidszorg door de reguliere gezondheidsdienst is van groot belang gebleken. Hoewel er in bijna alle projecten veel aandacht aan werd besteed, is deze ondersteuning nog lang niet altijd voldoende gerealiseerd. De motivatie voor het uitvoeren van deze additionele taken door het professionele kader van de gezondheidsdienst komt ondanks training niet vanzelf tot stand. Een nog groter probleem is de voorziening van middelen voor deze supervisie, zoals transport en geneesmiddelen voor de dorpsgezondheidswerkers.

In een gezamenlijk programmacvaluatierapport van Ontwikkelingssamenwerking, Cebemo en ICCO met betrekking tot Tanzania wordt met waardering opgemerkt, dat sinds 1969 duizenden VHW's zijn opgeleid. Toch wordt daaraan toegevoegd dat in 1981 in relatief weinig dorpen een VHW aanwezig was. Gebrek aan continue steun vanuit het centrum, zich uitend in weinig adequate supervisie en vooral gebrek aan medicamenten en andere hulpmiddelen had veel VHW's naar andere gebieden gedreven.

Effecten van inspanningen om deze middelen vanuit de nationale gezondheidsdienst, eventueel aangevuld met middelen vanuit de dorpen zelf te betrekken, blijken wel bij een langere duur van de projecten geleidelijk aan te verbeteren (Colombia, Niger, Liberia, Mali, Benin).

## **5. Aanpassing, participatie en intersectorale actie**

### *Aanpassing*

Zeker in de beginfase van projecten – dikwijls samenvallend met de eerste stappen in PHC door de betreffende ontwikkelingslanden – was de aanpassing niet optimaal. Ten aanzien van de dorpsgezondheidszorg kwam dat onder meer tot uiting in de selectie van dorpswerkers, leermiddelen en trainingsmethodiek. Soms waren ook de componenten ter ondersteuning van de reguliere gezondheidsdienst zoals gebouwen overdadig uitgevoerd.



Afstemming op en samenwerking met de traditionele gezondheidszorg verliep moeizaam, kreeg mogelijk te weinig aandacht. Wel slaagden een aantal projecten erin samenwerkingsverbanden te leggen met traditionele vroedvrouwen. Hun werk en de duurzaamheid daarvan worden in het algemeen gunstiger beoordeeld. Kennis van lokale omstandigheden bleek in veel projecten in de beginfase dikwijls zowel bij de nationale autoriteiten als bij de Nederlandse experts niet optimaal. In een aantal projecten kwam er tijdens de uitvoering geleidelijk, op goede wijze aanpassing tot stand.

### *Participatie*

'Participatie' – een sleutelbegrip in PHC – blijkt moeilijk in te vullen. Zeker als plaatselijke of centrale overheden alleen verbaal open staan voor invloed van onderaf, als Ontwikkelingssamenwerking en de uitgezonden deskundigen en vrijwilligers in onvoldoende mate beschikken over gedegen kennis van de sociale en culturele organisatie van de betreffende gemeenschappen. Is de veldstaf voor het merendeel inheems, dan kan het laatste bezwaar beter ondervangen worden, maar ook dan geldt nog dat de meeste landen grote verscheidenheid van cultuur, klasse en status kennen, hetgeen zich ook uit in de relatie voorlichter-doelgroep.

Daar waar de interpretatie van participatie zich beperkt tot een financiële bijdrage van de bevolking hangt het succes erg af van het geboden produkt. In deze projecten blijken de curatieve activiteiten sterk te domineren. Daar waar de participatie van de bevolking zich ook uitstrekt tot betrokkenheid in de analyse van de problematiek, planning, uitvoering en monitoring van andere dan curatieve activiteiten, kwamen in een aantal projecten interessante ontwikkelingen tot stand. Versterking van de organisatie in dorpen en initiatieven in en met andere sectoren – zoals in drinkwater – zijn hiervan voorbeelden. Echter lang niet in alle projecten hadden deze veranderingen een duurzaam effect.

Het betrekken van de bevolking in het ontwikkelingsproces wordt in de evaluatierapporten globaal aangegeven. Door het ontbreken van monitoring en evaluatie van participatie in de projecten worden slechts enkele globale gegevens vermeld over hoe en met welke intenties de bevolking deelneemt in planning, uitvoering en evaluatie van projectactiviteiten. In een aantal projecten participeert de bevolking bij de uitvoering van activiteiten en/of draagt zij financieel bij (Senegal, Mali). Pogingen om dorpscomités voor gezondheid op te zetten kunnen weerstand oproepen bij de lokale machthebbers. In Zambia, Liberia, Colombia en Bangladesh kregen dorpscomités wel bestaansrecht. In Nicaragua werden volksgezondheidsraden op lokaal, districts- en nationaal niveau, via een getrappt systeem, betrokken in het ontwikkelen van PHC.

Met name in het RUHSA-project (India) en in Colombia werden intensieve pogingen gedaan om modellen te ontwikkelen om participatie te bewerkstelligen.

Participatie is hier vooral gericht op versterking van de dorpsorganisaties, zodat men na verloop van tijd met vereende krachten activiteiten kan aanpakken op het terrein van gezondheidszorg, maar ook op overige gebieden die als prioriteit ervaren worden. De goed georganiseerde dorpsorganisaties zijn tevens in staat hun eisen naar overheidsinstanties kracht bij te zetten. Deze aanpak resulteerde in een voortdurende stijging van het aantal bij het project betrokken dorpen.

Het wordt de laatste jaren steeds vaker onderkend dat vrouwen een zeer belangrijke rol spelen bij het vergroten van de effectiviteit en doelmatigheid van ontwikkelingsactiviteiten in het algemeen en programma's als PHC in het bijzonder. Vrouwen vervullen immers een spilfunctie in de dagelijkse zorgverlening, zoals voedselbereiding en kindzorg, en bij family planning. Daarnaast moeten vrouwen gezien worden als een belangrijke doelgroep voor gezondheidsactiviteiten vanwege de extra risico's die zij lopen bijvoorbeeld als gevolg van zwangerschappen, of sociale en economische achterstelling.

In de meeste projecten die zijn onderzocht is de vrouwencomponent onderbelicht. Dit geldt met name voor de aanvangsfase van de geëvalueerde activiteiten.

Recent goedgekeurde of verlengde activiteiten geven in elk geval blijk van goede voornemens in de toekomst, zoals in Bangladesh, waar men evenveel vrouwen als mannen wil gaan opleiden.

Bij de uitvoering hiervan stuit men echter wel soms op sociale en culturele weerstanden. Zo komen er problemen bij de aanstelling van vrouwen als VHW in Zambia, Mali, Niger en Jemen. Een goed voorbeeld van participatie van de vrouw in de gezondheidszorg mede vanwege het nationale beleid op dit punt, is Nicaragua.

### *Intersectorale actie*

Integratie van actievelen in verschillende sectoren ('community development', water, voedselproductie, industrie, ecologie enz.) is theoretisch onaanvechtbaar als tactiek en strategie. Maar ervaringen in de hier behandelde projecten of programma's geven weinig of geen indicaties hoe dat het best kan worden bereikt. Eigenlijk niet verwonderlijk gezien de organisatie van overheidsdiensten met afgebakende werkterreinen en resulterende competentiestrijd. De evaluaties doen vermoeden dat intersectorale samenwerking in veel gevallen als te moeilijk wordt gezien en te veel als een luxe wordt ervaren waar men in het dagelijks werk niet aan toekomt. Dat neemt niet weg dat de rapporten bepleiten iedere gelegenheid tot intersectorale actie aan te grijpen waar die zich voordoet. Initiatieven op het

gebied van drinkwater lijken zich daar in de meeste gevallen het eerst toe te lenen.

Ten aanzien van de ontwikkeling van intersectorale activiteiten weerspiegelen de geëvalueerde projecten een verscheidenheid aan activiteiten en benaderingen. Het grote probleem lijkt, in de nog recente ervaring van deze component van PHC, de maar langzaam te slechten institutionele barrières, welke een geïntegreerde intersectorale activiteit in ontwikkeling vertragen. In regio's waar Nederland ontwikkelingsprojecten in landbouw, tuinbouw of veeteelt ondersteunde, was de doelgroep verschillend (Mali, Noordjemen, Zambia) of ontbraken veelal geformaliseerde overlegstructuren.

Verbetering van de watervoorziening vormt soms een bescheiden begin. Ten aanzien van de ontwikkeling van intersectorale activiteiten vallen enkele projecten op. In India is door het Christian Medical College Hospital een particuliere instelling opgezet (RUHSA) om een geïntegreerde ontwikkeling van de streck te stimuleren. Aandacht wordt geschonken aan gezondheidszorg, maatschappelijke ontwikkeling, landbouw, veeteelt en onderzoek voor en opleiding in de gezondheidszorg.

In het overheidsbeleid van de Nicaraguaanse en Tanzaniaanse regering worden projecten gestimuleerd die een geïntegreerde ontwikkeling op het gebied van gezondheidszorg, onderwijs en landbouw promoveren. De Nicaraguaanse gezondheidscampagnes werden met name gedragen door inzet van mensen uit vakbeweging, boerenbonden, wijkorganisaties, coöperaties en vrouwenorganisaties. Ook in het PHC-project in Liberia kwamen een aantal intersectorale acties van de grond. Hierdoor aangetrokken nam de UNDP het initiatief voor een multisectoraal project dat deze activiteiten sterk uitbreidde.

### *Financiering*

Gezien de relatief korte duur van de meeste projecten op het tijdstip van de evaluaties kan over de duurzaamheid van de ontstane veranderingen geen definitief oordeel worden geveld. Een langer durende samenwerking tussen het ontwikkelingsland en Nederland komt uit de analyse als belangrijkste bevorderende factor naar voren.

De financiering van lopende kosten van dorpsgezondheidszorg en de ondersteuning daarvan uit nationale en lokale middelen vormt het belangrijkste probleem, dat in het overgrote deel der projecten nog verre van opgelost is. De economische situatie in meerdere landen zoals bijvoorbeeld Zambia, Nepal, Nicaragua, Mozambique maakt dat overdracht zeker op redelijk korte termijn niet mogelijk is.

Gunstige ontwikkelingen hierin deden zich voor in Colombia. Medefinanciering door de bevolking komt geleidelijk tot stand in projecten, zoals in Mali, Niger,

Liberia – meer dan een deel van de totale kosten is echter op deze wijze niet te genereren. Overmatige donorinvesteringen vonden in Soedan, Bangladesh en Nepal plaats.

Verder zullen inspanningen die leiden tot een grotere efficiency van diensten en essentiële genesmiddelenprogramma's op nationaal niveau kunnen bijdragen in deze problematiek.

## **6. Beleidsbeïnvloeding**

De evaluatierapporten besteden zelden expliciet aandacht aan effecten die de Nederlandse activiteiten hebben op de inzichten en het beleid van de medische professie en de nationale en lokale overheden van de partnerlanden. Die effecten zijn ook moeilijk te kwantificeren. Nog moeilijker is het om ze in oorzakelijk verband te brengen met de Nederlandse inbreng: BUIS en PHC zijn immers (althans theoretisch) gemeengoed geworden door acties en campagnes van allerlei nationale en internationale groeperingen. Er zijn echter enkele duidelijke uitzonderingen. In de projecten in Colombia en Noordjemen lijkt de uitwerking van het PHC-concept in de door Nederland ondersteunde projecten een invloed te hebben op het nationale PHC-gebeuren. In Liberia werd de ontwikkelde methodologie tot het nationale model uitgekozen.

Een en ander neemt niet weg dat de rapporten sterke indicaties geven van nuttige maar soms ook van moeizame processen met betrekking tot beleidsbeïnvloeding. De negatieve instelling ten aanzien van PHC bij het meer conventioneel ingestelde deel van de medische professie is hiervoor mede een verklaring.

Door tegenvallende resultaten en soms ook door de houding van de bevolking ten aanzien van PHC worden zij versterkt in hun negatieve visie.

Daar staat tegenover dat in bijna alle door Nederland gesteunde extramurale projecten en programma's herhaaldelijk inheemse artsen en paramedisch personeel worden gevonden die met grote eigen inzet en steun van Nederland werken aan genezing en preventie, voorlichting en integratie van andere sectoren.

Blijkbaar kunnen ook nationale en lokale overheden, mede door langdurig aanwezige, gemotiveerde en kundige buitenlanders (onder anderen Nederlanders) overtuigd raken van niet alleen de noodzaak en onvermijdelijkheid maar ook de voordelen van gezondheidsbevordering in het kader van PHC. Voorbeelden daarvan werden onder meer gevonden in Liberia, Nicaragua, Noordjemen, Colombia, Tanzania en Guinee Bissau.

Bijlage I. Geïnspecteerde en geëvalueerde  
projecten/programma's

---



<b>Titel</b>	<b>Beheer</b>	<b>Land</b>	<b>Nederlandse bijdrage (× f 1000)</b>
1. Medical Assistant Tr. Programme	DGIS	Bangladesh	38.302
2. Ellen Thoburn Hospital	MFO/ICCO	India	66
3. Rural Unit (RUHSA)	MFO/ICCO	India	194
4. Schieffelin Centre	MFO/ICCO	India	577
5. Kroningsgeschenk	DGIS	Nepal	3.350
6. NLRA, Joint Programme BHS	NGO	Nepal	3.400
7. Integr. Comm. Health Services	DGIS	Nepal	1.536
8. MCH kliniek Radaa	DGIS	Noordjemen	1.900
9. Rural Health Care	MFO/ICCO	Pakistan	1.764
10. Vaccinleveranties	DGIS	Filippijnen	2.450
11. Primaire Gezondheidszorg	DGIS	Colombia	15.297
12. Grondstoffen farmac. industrie	DGIS	Nicaragua	32.854
13. PHC	DGIS/UNICEF	Nicaragua	3.850
14. Jornadas Populares	DGIS	Nicaragua	540
15. KAP, Posta Medica, Arequipa	DGIS	Peru	5
16. KAP, Posta Medica, Lima	DGIS	Peru	8
17. Medisch Team	DGIS	Niger	11.800
18. Standaardgezondh. Project	DGIS	Senegal	1.500
19. Standaardgezondh. Project	DGIS	Liberia	2.400
20. Gezondheidszorg Oostelijke Provincie	SNV	Kameroen	1.800
21. Soins de Santé Primaires	SNV/KIT	Mali	1.350
22. Primaire gezondheidszorg, Jonglei	DGIS	Soedan	9.500
23. KAP Kubengu Juu	DGIS	Tanzania	15
24. KAP Mtombozi	DGIS	Tanzania	15
25. KAP Bwakira Juu	DGIS	Tanzania	15
26. KAP Kolero	DGIS	Tanzania	5
27. Sichili Rural Hospital	MFO/CEBEMO	Zambia	94
28. PHC Western Province	DGIS	Zambia	10.000
29. BUFMAR	MFO/ICCO	Rwanda	972
30. Medische activiteiten EPR	MFO/ICCO	Rwanda	1.324
31. Medicijnleveranties	DGIS	Mozambique	7.600
32. Soins de Santé Primaires	DGIS/SNV	Guinee Bissau	2.100
33. Moeder- en Kindzorg	MFO/ICCO/ CEBEMO	Tanzania	31.000
		<b>TOTAAL:</b>	<b>187.583</b>

## 1. Medical Assistant Training Programme, Bangladesh

Inspectie 1981; evaluatie 1984

In 1975 startte een multi-bi donorenproject (WHO, UNICEF, UNDP, Wereldbank en Nederland) ten behoeve van de opleiding van gezondheidswerkers en de daarbij behorende infrastructurele voorzieningen. Nederland nam een groot deel van de kosten voor zijn rekening met de bouw van 8 scholen en bijbehorende woonaccommodatie voor staf en studenten (van de geplande 18 in het totale project), en met de bouw van gezondheidscentra op districts- (2 van de totaal 350) en op lokaal niveau (93 van de benodigde 4500). Bouwkundigen werden uitgezonden ter begeleiding van de werkzaamheden, evenals een medisch deskundige om de Bengaalse overheid te assisteren bij de opzet van het onderwijsprogramma. Voorts werden identificatiemissies, voorbereidingsmissies en een medisch-sociologisch onderzoek uitgevoerd.

Tot en met 1982 werd f 38 miljoen gecommiteerd, waarvan f 3,5 miljoen als technische hulp.

De Bengaalse overheid wilde de eenzijdige, stedelijke en curatief gerichte gezondheidszorg doorbreken en met de opleiding van een 'middenniveau' van gezondheidswerkers een integratie tot stand brengen tussen preventieve en curatieve activiteiten, sterk gelieerd aan het bevolkingsprogramma. Afgestudeerden zouden, naar men hoopte tegen lage kosten, in de periferie te werk gesteld worden.

Beleidsmatig was het programma derhalve in overeenstemming met het Nederlandse beleid, dat gericht was op integratie van curatieve en preventieve zorg in rurale gebieden.

De doelmatigheid van het project had te lijden gehad onder de ambitieuze opzet van een deel van de bouwwerken en in 1985 moesten 10 van de totaal 18 scholen worden gesloten (waaronder 3 door Nederland gefinancierd). De bouwwerkzaamheden werden bovendien vertraagd door gebrekkige coördinatie tussen verschillende Bengaalse instanties, en donoren.

De doeltreffendheid van het programma was om bovengenoemde redenen ook verre van optimaal. Zo baren de hoogte van de onderhoudskosten ernstige zorgen voor de toekomst en daarmee de continuïteit en overdraagbaarheid van het programma.

Onvoldoende belangstelling en medewerking van het Ministerie van Gezondheidszorg hebben voorts bijgedragen tot een aanvankelijk niet adequate invulling van het trainingsprogramma. Selectieprocedures en normen hadden tot gevolg dat voornamelijk studenten uit de medische faculteit de opleiding volgden en derhalve niet erg gemotiveerd waren voor de lagere opleiding. Mede omdat de onderwijsinhoud sterk curatief georiënteerd was, werden aspiraties voor een medische carrièreplanning versterkt.



In de periode 1976–1983 waren 1562 gezondheidswerkers afgestudeerd, waaronder 147 vrouwen. In de loop der jaren nam het percentage vrouwelijke studenten toe, maar was nog zeer gering (minder dan 20%), hetgeen als nadelig wordt beschouwd voor de uitvoering van met name moeder- en kindzorg en gezinsplanning.

Bijstelling van procedures, onderwijsmethodiek en inhoud bleek in de loop der jaren mogelijk. De taakomschrijving van de gezondheidswerkers werd meer gericht op supervisie en begeleiding, en op het organiseren van de gemeenschap.

Het project was tot nu toe matig geschikt om de PHC-benadering doeltreffend te doen slagen. Het is eerder als basic health service dan als PHC-project te karakteriseren.

## **2. Ellen Thoburn Cowen Memorial Hospital, Kolar, India (ICCO)**

Inspectie 1983

In de Zuid-Indiase deelstaat Karnataka werd onder verantwoordelijkheid van het Ellen Thoburn Cowen Memorial Hospital (ETCM) in 1973 begonnen met de uitvoering van een gemeenschapsgezondheidszorgprogramma ten behoeve van de plattelandsbevolking van 12 dorpen in de directe omgeving van de stad Kolar. Met dit programma beoogde men de doelgroep een betere integrale medische zorg aan te bieden en tevens een mogelijkheid te creëren om de leerlingverpleegsters uit het ETCM-hospital enige ervaring in het veld te laten opdoen. Eind 1977 werd via de medefinancieringsorganisatie ICCO financiële steun van Nederlandse zijde aan dit programma toegekend voor de bouw van een dorpskliniek met een poli- en kraamafdeling, voor de bouw van enige stafwoningen en de aanschaf van een ambulance (totaal f 66.038). Na realisatie van deze bestedingsdoelen bleek het beschikbaar gestelde fonds nog niet geheel te zijn uitgeput. Besloten werd om de resterende gelden te bestemmen voor de bouw van een drinkwatersysteem in het projectdorp.

Het ETCM-hospital is een christelijk ziekenhuis waaraan al sinds 1967 een gemeenschapsgezondheidszorgprogramma verbonden is. Aanvankelijk lag binnen het programma de nadruk vooral op vergroting van de geografische spreiding van de medisch-curatieve dienstverlening van het ETCM via mobiele klinieken. De in dat kader ontplooidde activiteiten spitsten zich in hoofdzaak toe op terreinen als moeder- en kindzorg, family planning en schoolgezondheidszorg, gezondheidsvorming, epidemiologisch onderzoek, leprabestrijding en scholing van traditionele vroedvrouwen. Langzamerhand werd dit concept verlaten en gedurende het interval 1975–1976 werd een nieuwe opzet bedacht waarbij meer aandacht gegeven kon worden aan voedings- en gezondheidsvoorlichting, preventieve activiteiten en

opbouwwerk in de dorpen. In deze nieuwe opzet werd uitgegaan van dienstverlening vanuit een permanent gevestigde kliniek in het dorp. Een arts, een aantal (leerling)verpleegsters en de dorpsgezondheidswerker vormden het basisteam van de kliniek. Terwijl het medisch en paramedisch personeel voornamelijk was belast met curatieve en preventieve aspecten van de gezondheidszorg, waren de activiteiten van de dorpsgezondheidswerkers vooral gericht op het opbouwwerk in de dorpen: organisatie van de doelgroep, verstrekken van landbouwkundige adviezen, behulpzaam zijn bij het verkrijgen van leningen, etc.

In beleidsmatig opzicht sloot het programma aan bij de Nederlandse beleidslijnen van destijds. In termen van omvang van materiële steun en prioriteitsstelling ten aanzien van cliëntgroepen nam het programma echter nog een marginale plaats in binnen het beleid van het ETCM-hospital. ICCO zou een verplichtende discussie over de verhouding tussen medisch-curatief ziekenhuiswerk en 'community health' met de programmaleiding moeten aangaan.

De doeltreffendheid van het programma was groot in de zin van de oorspronkelijke doelstellingen. Opgemerkt moet echter worden dat, ten tijde van de inspectiemissie, geoordeeld werd dat verbetering van resultaten nog wenselijk zou zijn ten aanzien van doelgroepbereik, sanitatie en drinkwater, en participatie van de doelgroep.

In het licht van de bereikte resultaten en gelet op de inzet van de middelen kon het programma als doelmatig worden aangemerkt. De bouw van de dorpskliniek en stafwoningen was snel verlopen, tegen lagere kosten dan aanvankelijk was begroot. Het gehele programma functioneerde tegen acceptabele kosten en was in die zin voor uitbreiding vatbaar.

### **3. Rural Unit for Health and Social Affairs, Tamil Nadu, India (ICCO)**

Inspectie 1983 en 1984

De Rural Unit for Health and Social Affairs (RUHSA) is een particuliere instelling, die in 1977 door het Christian Medical College and Hospital in Vellore werd opgezet en die sindsdien verantwoordelijkheid droeg voor een geïntegreerd ruraal ontwikkelingsproject. Er werkten 223 betaalde krachten en nog eens zo'n 200 vrijwilligers. RUHSA werd gesteund door zes (particuliere) buitenlandse donoren, waaronder ICCO.

Het RUHSA-project werd uitgevoerd in KV Kuppam, een ruraal ontwikkelingsblok (d.i. een administratieve eenheid van 100.000 mensen) dat 47 dorpen en 83 kleinere gehuchten omvat, gelegen in de Indiase deelstaat Tamil Nadu. Het project omvatte een breed scala van activiteiten, verdeeld over een zestal verschillende terreinen of sectoren waarvoor een even groot aantal afdelingen van de RUHSA-

organisatie verantwoordelijk was. Het ging om de sectorafdelingen gezondheidszorg, maatschappelijke ontwikkeling, landbouw, veeteelt, onderzoek en opleiding (postgraduate in Community Health and Management).

Binnen het project werd gestreefd naar een geïntegreerde ontwikkelingsaanpak, maar gelet op de verdeling van de inzet van personele en materiële middelen lag het accent onmiskenbaar op de medische gezondheidszorg. Het project had een programmatisch karakter en werd geleid door de lange-termijndoelstelling het welzijn van de gemeenschap te verbeteren. Men hanteerde hierbij een strategie die gekenmerkt werd door het versterken van het collectief leiderschap in de dorpen en het beter laten functioneren van diensten van overheid en particuliere instellingen. Er werd van uitgegaan dat een goed georganiseerde gemeenschap zelf in staat was om zijn behoeften te formuleren en daarvoor eisen wist te stellen bij de bestaande dienstverlenende instanties.

Een tweede algemene doelstelling van RUHSA was het bieden van een aan lokale omstandigheden aangepaste opleidingsplaats voor medisch en paramedisch personeel.

ICCO ving met de financiële ondersteuning van RUHSA aan in 1980. Tot 1982 werd in drie tranches in totaal ruim f 190.000 overgemaakt voor: a) salariskosten van de afdeling maatschappelijke ontwikkeling; b) een bijdrage aan het beleggingsfonds (het Training, Employment and Agriculture – TEA-fonds); c) een bijdrage aan een fonds voor onvoorziene uitgaven.

De afdeling maatschappelijke ontwikkeling had een tweetal hoofdtaken: gemeenschapsorganisatie (waaronder opzet van dorpsorganisaties, bemiddeling bij banken voor leningen, werkgelegenheidscreatie, droogtebestrijding etc.), onderwijs en bewustwording (onder andere functionele alfabetisatie, opzet van bibliotheken).

Het TEA-beleggingsfonds werd gedeponereerd bij genationaliseerde banken en diende als drukmiddel te fungeren om de bank te stimuleren zo veel mogelijk 'sociale leningen' te verstrekken. Van de rente over het fonds werd een deel van de lopende activiteiten in het project gefinancierd. Het fonds 'onvoorzien' bleek goede diensten te hebben kunnen bewijzen bij diverse individuele problemen.

In beleidsmatig opzicht sloot het RUHSA-project als geheel aan bij Nederlandse en Indiase beleidslijnen. Ten aanzien van de deelname aan het TEA-beleggingsfonds waren echter in dit opzicht enige vraagtekens te plaatsen. Het diende als drukmiddel, maar concrete afspraken over gebruik en controle van het fonds waren niet gemaakt.

Het RUHSA-project was doelmatig te noemen. De reproduceerbaarheid echter was erg klein mede vanwege de zeer grote inzet van personele en financiële middelen alsook door het sterk persoonsgebonden stempel van de algemeen directeur. Daarmee nam de kans op beklijving ook af.

Wat doeltreffendheid betreft stemden de bereikte resultaten tot een positief oordeel. Verbetering op dit vlak zou wellicht mogelijk zijn ten aanzien van de aandacht voor medische preventie, spreiding van dienstverlening, en aandacht voor de zwakste groepen.

#### **4. Schieffelin Leprosy Research and Training Centre, Tamil Nadu, India**

Inspectie 1983

Het Schieffelin Leprosy Research and Training Centre (SLRTC) in Karigiri is een christelijke instelling voor leprazorg. Patiënten uit geheel Tamil Nadu, Andra Pradesh, Karnataka en ook elders uit India komen voor hun behandeling naar dit centrum toe.

Het SLRTC werd in 1955 opgericht op initiatief van het Christian Medical College and Hospital maar is tegenwoordig een zelfstandige stichting. Het biedt poliklinische en klinische behandeling, voert in een gebied van 600.000 mensen het leprabestrijdingsprogramma van de overheid uit, doet wetenschappelijk onderzoek naar het voorkomen en behandelen van lepra en verzorgt de opleiding van medisch, paramedisch en niet-medisch personeel (onder meer orthopedische schoenmakers). De belangrijkste doelstelling van het SLRTC ligt echter op het terrein van het wetenschappelijk onderzoek. Alle andere activiteiten zijn daaraan ondergeschikt en staan ten dienste van het wetenschappelijk onderzoek.

Het werk van het SLRTC werd door verschillende buitenlandse donoren financieel ondersteund. Via ICCO werd financiële steun gegeven voor: a) de bouw van onderkomens ten behoeve van cursisten, de bouw van ruimten voor onderwijs alsook voor de aanschaf van audio-visuele middelen en de bouw van een airconditioned opslagruimte daarvoor (in totaal ruim f 455.000 in twee gedeelten, 1978 en 1981); b) de bouw van een behandelingscentrum voor ernstige voetafwijkingen ten gevolge van lepra (f 122.650 in 1981).

Particuliere organisaties speelden van oudsher een belangrijke rol bij de opvang en medische verzorging van patiënten in leprakolonies en sanatoria. Aan het begin van de jaren zestig raakten zij, op verzoek van de Indiase gezondheidsautoriteiten, betrokken bij het Survey, Education and Treatment – SET-programma van de overheid. Dit programma hield zich uitsluitend bezig met lepra en was niet geïntegreerd in de verdere gezondheidszorg. Het bood redelijke faciliteiten voor behandeling van leprapatiënten, maar voorzag nauwelijks in lepra-onderzoek en de opleiding van personeel. Aan de particuliere instellingen werd gevraagd om naast de mede-uitvoering van het programma zich vooral om de laatste twee aspecten (onderzoek en onderwijs) te bekommeren.

In beleidsmatig opzicht pasten de activiteiten van het SLRTC goed binnen de Indiase beleidslijnen op het gebied van de leprazorg, waarin vooral de opbouw van een goede infrastructuur voor de bestrijding van de ziekte werd benadrukt. Onderzoek en opleiding van personeel pasten geheel binnen dit kader.

De aansluiting bij de beleidslijnen van Nederlandse zijde was minder duidelijk, met name wat betreft de aansluiting bij de ICCO-beleidscriteria. ICCO had voor het verlenen van steun aan dergelijke professionele, categorale gezondheidsprogramma's geen specifieke criteria ontworpen en de vigerende criteria konden hierin niet voorzien. Een beleidsmatige beoordeling was dan ook vrijwel onmogelijk geworden. Slechts de individuele hulpverlening aan leprapatiënten als maatschappelijk achtergestelde groep stemde overeen met het ICCO-beleid.

In termen van doelmatigheid en doeltreffendheid waren het werk van het SLRTC als geheel en de met ICCO-fondsen verworven faciliteiten bevredigend te noemen. Echter, een zo optimaal mogelijk verband tussen incidentie (d.i. aantal nieuwe gevallen) van lepra en inzet van middelen, aanpak en behandeling heeft men nog niet gevonden. Dit is ook uiterst moeilijk te bereiken als gevolg van de complexiteit van de ziekte en de voortdurende veranderingen binnen de leprazorg. Het is bovendien een algemeen geaccepteerd gegeven dat lepraprogramma's zichzelf de komende decennia niet kunnen bedruipen.

## **5. Het kroningsgeschenk (NCCP), Nepal**

### **Inspectie 1985**

Nederland bood in 1975, ter gelegenheid van de kroning van Birendra tot Koning van Nepal, een project aan voor de bouw van 50 gezondheidsposten, en voor de uitbreiding van het Pathalaya Training Centre (PTC), dat zich bezighield met de opleiding van lager medisch personeel. De uitvoering was in handen van de Nepalese overheid. In 1981 werden voor de bouw van nog eens 25 gezondheidsposten en hun uitrusting fondsen gecommitteerd. De begeleiding hiervan was in Nederlandse handen. Een bouwkundige begeleidde en superviseerde de bouwactiviteiten en werd later nog eens ondersteund door drie SNV-ers. De SNV-ers kregen bovendien de taak zich op dorpsniveau bezig te houden met ontwikkeling en voorlichting over sanitaire voorzieningen. Om de PHC-strategie in het project te integreren werd het gekoppeld aan twee andere Nederlandse projecten in Nepal. In totaal werd f 3.350.000,- gecommitteerd.

De gezondheidszorg in Nepal vond voornamelijk plaats in de hoofdstad en was curatief van aard. De natuurlijke gesteldheid van het land vormde echter een belangrijk knelpunt voor het bereiken van de plattelandsbevolking.

Het Nepalese gezondheidszorgbeleid beoogde al in 1975 de spreiding van diensten, verandering van het ziektepatroon en verbetering van de bevolkingscontrole. Geleidelijk wilde men een integratieproces doorvoeren van de vele verticale programma's op het niveau van gezondheidsposten. Uitgangspunten van Alma Ata stonden daarbij voorop.

Gemeten echter naar de huidige beleidscriteria heeft het project een aantal zwakheden:

- de beperkte gerichtheid op essentiële gezondheidsproblematiek;
- minimale of afwezige participatie en acceptatie van de bevolking;
- participatie van vrouwen is afwezig;
- de voorzieningen zijn nauwelijks in overeenstemming met de financiële draagkracht van de bevolking;
- er is geen verbinding gelegd met intersectorale activiteiten.

De doelmatigheid van het project was aanvankelijk onbevredigend, maar verbeterde geleidelijk. De koppeling met andere projecten leidde tot verwarring en vertraging. Afwezigheid van donorenoverleg benadeelde eveneens de doelmatigheid. Het ontbreken van randvoorwaarden in de projectformulering droeg hiertoe bij. Ten tijde van het inspectieonderzoek was de bouwfase nog niet afgerond.

De gezondheidszorg die geboden werd, vertoonde nog een aantal gebreken. De integratie van diensten verliep moeizaam. Gelet op de financieel-economische situatie, de communicatie- en transportproblemen, de relatief korte geschiedenis van PHC en de populariteit van traditionele geneeskunde bij de bevolking, is de doeltreffendheid pas op langere termijn vast te stellen.

## **6. NLRA Joint Programme for Basic Health Services, Nepal**

### **Inspectie 1985**

Het project had tot doel een bijdrage te leveren aan de basisgezondheidszorg op het platteland, en zou een integraal onderdeel vormen van het Nationale Gezondheidszorgsysteem. Het project omvatte de bouw van 5, later 7 gezondheidskernen, bestaande uit elk één districtziekenhuis met polikliniek en 3 gezondheidsposten. In de 7 ziekenhuizen zou bestrijding van tuberculose en lepra speciale aandacht krijgen. Een Nederlandse stichting droeg samen met het Nepalese Ministerie van Gezondheid de verantwoordelijkheid voor voorbereiding, begeleiding en uitvoering. Het project startte in 1978.

De Nederlandse bijdrage aan dit project bedroeg f 3,4 miljoen. Een Nederlandse stichting stelde medisch personeel beschikbaar.

Beleidsmatig paste het verbeteren van basisgezondheidsvoorzieningen voor het platteland in het Nederlandse beleid.

De doelmatigheid bleef beperkt, omdat de absorptiecapaciteit van de Nepalese overheid voor de uitvoering en invulling van het project ontoereikend was. De uitvoering van geïntegreerde leprabestrijding bleek vooralsnog illusoir. Een betere projectvoorbereiding zou de doelmatigheid van het project hebben kunnen verbeteren en dergelijke teleurstellingen wellicht hebben kunnen voorkomen.

De bouwactiviteiten ondervonden aanzienlijke vertraging en pas in 1987 was de bouw van 7 ziekenhuizen voltooid. De faciliteiten werden echter nog slecht benut.

Tot 1984 concentreerde men zich op snelle overdracht van de gebouwen. Na die tijd trad een kentering op in het beleid en werden voorstellen ontwikkeld voor beklijfbaarheid van het project. Deze voorstellen behelsden manpower planning, fellowships, geneesmiddelenvoorziening en samenwerking met andere donoren. Door gebrek aan middelen bij de overheid en door weerstand bij artsen, verpleegkundigen en ander medisch personeel om in afgelegen districten te werken, bleef de beklijfbaarheid echter een probleem.

De doeltreffendheid was gering. De toewijding van de deskundigen was echter wel een belangrijke stimulans geweest voor een geïntegreerde aanpak van de gezondheidsproblematiek.

## **7. Integrated Community Health Services Development Project (ICHSDP), Nepal**

Inspectie 1985

Eén van de projectdoelstellingen die het ICHSDP voor ogen stond was het geven van training aan lager personeel werkzaam op gezondheidsposten en in dorpen. Speciale aandacht ging hierbij uit naar gezinsplanning en moeder- en kindzorg.

Het project viel onder het Ministerie van Gezondheid en werd aan donorzijde beheerd door UNFPA (United Nations Fund for Population Activities).

Nederland committeerde in 1981 f 1.059.758,- en in 1986 nog eens f 476.000,- voor financiering van de cursuskosten. Financiering van de lokale staf, bouw en verbouw van 3 regionale trainingscentra alsmede inrichtingskosten kwamen voor rekening van UNFPA (US\$ 1.770.292,-).

Per eenheid van ongeveer 500 dorpsbewoners werd een gezondheidswerker door de bevolking gekozen. Deze gezondheidswerker ontving een opleiding van 6 weken door de staf van de gezondheidspost.

De opleiding van deze staf was in handen van het ICHSDP. Integratie van of waardering voor praktijken c.q. lokale ideeën over gezondheid en ziekte leken groten-deels afwezig. Men leerde modern medisch te denken. Ziekenhuisstaf beschouwde het niet als zijn taak personeel van gezondheidsposten te ondersteunen.

Alhoewel het ICHSDP de projectuitvoering in handen kreeg, was het nauwelijks betrokken bij de projectopzet. UNFPA definieerde de projectformulering, was zwaar betrokken bij monitoring en verzorgde evaluatie en rapportage. Het gevolg was dat de Nepalezen zich beperkt verantwoordelijk voelden voor het project. Een evaluatie in 1982 wees op de gebrekkige coördinatie tussen verschillende overheidsinstanties, de beperkte absorptiecapaciteit en de ontoereikende bevoegdheden van het ICHSDP-bestuur. In 1983 werd het project geherformuleerd en verlengd voor een periode van 3,5 jaar. Lesmateriaal en programma's werden zo veel mogelijk op de praktijk afgestemd.

Beleidsmatig paste het project in het Nederlandse beleid. De doelmatigheid van het project was aanvankelijk matig door gebrekkige voorbereiding, onvoldoende inzicht in de gezondheidssituatie en gebrekkige kennis van land en cultuur. Het geherstructureerde project nam echter een belangrijke plaats in binnen de Nepalese PHC-strategie. In 1984 hadden 650 mensen een opleiding gevolgd in het trainingsprogramma. Het programma is in de loop der tijd meer toegesneden op de behoefte van de gebruikers, hetgeen de doeltreffendheid heeft verhoogd.

## **8. MCH Kliniek Radaa, Noordjemen**

Inspectie 1982 en 1987

In het kader van de regionale concentratie op Dhamar en Radaa in Noordjemen gaf Nederland sinds 1977 financiële steun aan het 'Radaa Community Health Scheme'. De Nederlandse bijdrage bestond aanvankelijk uit personeel: een dokter en twee vrijwilligsters. Gedurende 1978 ging deze steun over in financiering van de bouw van een 'Mother and Child Healthcare' (MCH) Kliniek. De kliniek was opgetrokken op het terrein van het bestaande ziekenhuisje (30 bedden). De totale Nederlandse bijdrage in deze periode was ongeveer f 600.000,-. Vanaf 1980 werd het project uitbesteed aan de Zweedse hulporganisatie 'Rädda Barnen' (Red de Kinderen). De eerste projectfase met Rädda Barnen liep van 1980 tot eind 1982 en de totale begroting bedroeg f 1,9 miljoen. Hierna werd het project nog tweemaal verlengd, namelijk van 1983-87 en recentelijk van 1987-90. In 1987 werd de projectuitvoering overgedragen aan SNV.

Het doel van het project in Radaa (10.000 inwoners) en omgeving was:

- het verbeteren van de preventieve zorg voor kinderen, moeders en zwangere vrouwen;
- training van lokale krachten voor de MCH-kliniek;
- het opzetten en trainen van mobiele gezondheidsteams.



Gedurende de eerste fase was de aandacht voornamelijk gericht op verbetering van faciliteiten voor moeder- en kindzorg. Deze zorg werd aanvankelijk vanuit het ziekenhuis georganiseerd. Al spoedig ontstonden er meningsverschillen tussen de kliniek en het ziekenhuis over de aanpak. Het overmatig voorschrijven van medicijnen door de ziekenhuisleiding – deze vormen een bron van inkomsten voor doktoren en particuliere apotheken – bleek een geschilpunt. De aanpak van het project volgde veeleer een PHC-benadering. Zo werd er geen echte kraamkliniek opgezet, omdat vrouwen na de bevalling meteen naar huis wilden. Na een maand werden ze wel bezocht door de vroedvrouw van de MCH-kliniek.

In een latere fase werd een aantal vooruitgeschoven PHC-kliniekjes opgezet om de zorg meer te decentraliseren. Gelukkig aan raakten de lokale autoriteiten ook meer van de noodzaak van gezondheidsbevorderende activiteiten overtuigd. Het project droeg dan ook in belangrijke mate bij aan de attitudeverandering ten gunste van de PHC-benadering.

Ondanks deze positieve ontwikkeling constateerden de missies ook een aantal knelpunten. De participatie van de bevolking was niet groot; het initiatief lag vooral bij de donor en onder diens invloed bij het formele gezondheidssysteem (Noordjemens Ministerie van Volksgezondheid), en het ligt daar in feite nog. De integratie met andere sectoren (watervoorziening, landbouw) was niet verwezenlijkt, maar vormde wel een punt van aandacht vanuit het 'Integrated Rural Development Project' (IRDP), dat ook door Nederland werd gefinancierd. In 1982 had het mobiele gezondheidsteam dat net was gestart, vanwege oorlogshandelingen in de omgeving haar taken moesten staken. Het gebouw van de MCH-kliniek verkeerde in slechte staat en zou moeten worden gerenoveerd of vernieuwd. Tot slot bleken er problemen te zijn bij het functioneren van de buitenlandse, met name vrouwelijke, deskundigen. Dit werd vooral veroorzaakt door het traditionele islamitische karakter van het projectgebied.

Omdat het project nog niet door Jemenitische deskundigen kon worden gedragen en de structuur nog zwak was, werd aanbevolen om het project te verlengen. Bijzondere aandacht diende dan te worden besteed aan nauwere samenwerking met andere gezondheidscentra (vaktechnisch en ten aanzien van doorverwijzing), zowel nationaal als regionaal. De SNV heeft deze aanbevelingen overgenomen en in een nieuw uitvoeringsplan verwerkt.

## **9. Rural Health Care Project, Kunri, Pakistan (ICCO)**

Inspectie 1981

Het 'Rural Health Care Project' (RHCP) behelsde de opbouw van een gezondheidsnetwerk ter voorziening van curatieve en preventieve gezondheidszorg in het district Tharparkar van de provincie Sind in Pakistan. Het netwerk zou moeten

bestaan uit een klein ziekenhuis in Kunri en een reeks van gezondheidsposten in dorpen in een grote straal eromheen.

Het project kwam voort uit het initiatief van een protestantse zendingsorganisatie. De verantwoordelijkheid voor opzet en uitvoering ervan lag in laatste instantie bij een bestuursraad, die was samengesteld uit vertegenwoordigers van de protestants-christelijke medische en onderwijswereld in Pakistan.

In organisatorische zin was het RHCP opgesplitst in een ziekenhuiscomponent en een 'Community Health Programme', wat min of meer samenviel met de verdeling van de curatieve en preventieve zorg die vanuit het project geboden werd.

Het was de bedoeling dat door het RHCP verbetering werd gebracht in de gezondheidstoestand van de zeer arme bevolking uit de wijde omgeving van Kunri. Op de korte termijn mikte men op: a) de oprichting en kostendekkende exploitatie van het ziekenhuis; b) de vestiging van gezondheidsposten, bemand door daartoe opgeleide dorpsgezondheidswerkers (het streven is één nieuwe post per jaar operationeel te hebben); c) de bouw van onderkomens voor de ziekenhuisstaf.

De bestrijding van de meest voorkomende gezondheidsproblemen bij de doelgroep vormde het uitgangspunt van de curatieve dienstverlening van het RHCP. In de preventieve sfeer stond de training van dorpsgezondheidswerkers en traditionele vroedvrouwen voorop. Hun belangrijkste taak was het geven van gezondheidsvoorlichting, maar daarnaast verrichtten zij ook in beperkte mate curatief werk.

In 1975 ging het RHCP van start. Sindsdien werd het door verschillende buitenlandse donoren ondersteund. Van Nederlandse zijde werd in de periode van 1976 tot en met 1980 steun gegeven via het ICCO. In totaal was een bedrag van ruim f 1,7 miljoen gecommiteerd. Daarvan was f 200.000 bedoeld als bijdrage aan de exploitatierekening van het RHCP voor de eerstvolgende vijf jaar. Het resterende deel was bestemd voor de bouw van het ziekenhuis en huisvesting voor de staf.

Na afloop van de Nederlandse steunperiode bezocht de Inspectie te Velde het project. Geconstateerd werd, dat het ziekenhuis redelijk goed functioneerde, met name het curatieve werk van de oogafdeling. De preventieve zorg, c.q. het Community Health Programme, functioneerde echter matig. Bij de bestrijding van tbc kampte men met gebrek aan vaccin of kreeg men vaccin van slechte kwaliteit door de overheid aangeleverd; patiënten onttrokken zich aan verdere behandeling toen besloten werd via eigen inkoop de vaccinvoorziening veilig te stellen en voortaan te laten betalen voor de behandeling. De gezondheidsposten die indertijd opgericht waren (drie in totaal) bleken alweer gesloten te zijn. Ook andere onderdelen van het programma, namelijk de opleiding van gezondheidswerkers en vroedvrouwen en het geven van voorlichting, konden niet worden verwezenlijkt.

De Inspectie was van mening dat de teleurstellende ontwikkeling in het RHCP mede in verband stond met een te passieve begeleiding vanuit Nederland, waar-

door problemen niet vroegtijdig werden onderkend. Een fundamenteeler probleem echter was het gebrek aan acceptatie van het project door de bevolking. De geringe aanpassing van de buitenlandse staf aan de lokale situatie speelde hierbij een belangrijke rol.

## **10. Vaccinleveranties Filippijnen**

Inspectie 1980

Van 1977 tot 1980 leverde Nederland DTP-vaccins aan de Filippijnen ten behoeve van het Extended Programme on Immunisation (EPI). Op de Filippijnen werd het vaccinatieprogramma in een samenwerkingsverband tussen het Ministerie van Gezondheid, WHO en UNICEF uitgevoerd. Het doel van het programma was het voorkomen respectievelijk bestrijden van difterie, kinkhoest, tuberculose alsook van tetanus bij kinderen onder 1 jaar. Daarbij werd gestreefd naar geleidelijke uitbreiding van de vaccinatiecampagnes naar de regio (periferie) en opleiding van personeel voor uitvoering en handhaving van het programma. WHO en UNICEF reserveerden ook gelden ten behoeve van technische begeleiding en uitrusting van een laboratorium in Alabang, dat in de loop van 4 jaar de nationale productie van een hoogwaardig vaccin in gang zou zetten. De Filippijnse overheid zou de bouw van het laboratorium financieren.

Nederland committeerde f 2.450.000,-. De fondsen werden aangewend voor de aankoop van vaccins, het uitvoeren van missies en het verlenen van fellowships.

Op nationaal niveau was de 'National Immunization Unit' van het 'Bureau for Health Services' verantwoordelijk. De vaccinaties werden aan de kinderen toegediend door verpleegkundigen en verloskundigen in de Rural Health Units. Alhoewel meer mensen werden bereikt dan in de oorspronkelijke situatie, vielen de resultaten tegen. Slechts 20% van de kinderen onder 1 jaar maakte de volledige reeks van vaccinaties af. Logistieke problemen droegen daartoe bij, zoals onvoldoende transportvergoeding en een onvoldoende functionerende 'koude keten' (koelkasten en koelboxen) op dorpsniveau. De medische professie toonde zich niet erg gemotiveerd voor medewerking aan het programma, omdat het hun geen extra inkomen verschaftte.

Alhoewel niet voorzien in de tripartiete projectovereenkomst, raakte Nederland betrokken bij de verbetering en uitbreiding van het Serum- en Vaccinlaboratorium in Alabang. Dit leidde tot het verlenen van fellowships en de inzet van een suppletiedeskundige voor de begeleiding van veranderingen in het productieproces. Deze ontwikkeling werd organisatorisch en procesmatig niet goed in de hand gehouden. Dat wijt de Inspectie aan slechte onderlinge communicatie tussen

donoren en betrokken departementen en het functioneren 'à titre personnel' van een Nederlandse deskundige die als adviseur optrad voor UNICEF/WHO. Voorts liepen de constructiewerkzaamheden voor het nieuw te bouwen laboratorium vertraging op door gebrek aan medewerking van een overheidsinstantie. De produktieplanning voor het programma kwam in gevaar en de laboratoriumuitrusting dreigde verloren te gaan.

Beleidsmatig pasten de vaccinleveranties in het kader van het EPI van WHO/UNICEF in het Nederlandse beleid. Aan een aantal randvoorwaarden voor dit programma bleek echter niet te zijn voldaan. De doeltreffendheid van de vaccinaties was gering door inadequaat programma-management. Het project met betrekking tot de ontwikkeling van faciliteiten voor de produktie van vaccin in de Filippijnen mislukte. Deels door onvoldoende medewerking van de Filippijnse overheid, deels door het ontbreken van een strak projectmanagement.

De Inspectie betwijfelde de noodzaak van lokale vaccinproduktie, onder meer omdat de Filippijnse overheid de toezegging van UNICEF had voor meerjarige vaccinleveranties. De Nederlandse betrokkenheid bij het project werd in 1980 stopgezet.

## **11. Primaire gezondheidszorg, Colombia**

Inspectie 1984; evaluatie 1981 en 1983

Door Nederland werd in 1979 steun toegezegd ten behoeve van een pilot-programma op het gebied van primaire gezondheidszorg in Colombia. Dit pilot-programma was geconcentreerd op de volgende vier regio's: Chocó, Urabá, Vaupes en Guaviare. Doelstelling van het programma was de verbetering van de gezondheidssituatie op dorpsniveau waarbij zo veel mogelijk rekening gehouden zou worden met de capaciteit, zowel financieel als technisch, van de betrokken regionale diensten. In dit verband zijn de volgende activiteiten uitgevoerd:

- opleiding van lokale gezondheidswerkers (LGW's), hulpverpleegkundigen en overig personeel belast met de uitvoering van het programma;
- ontwikkeling van infrastructuur;
- activiteiten ter verbetering van het leefmilieu (hygiëne, watervoorziening, sanitatie);
- steun aan gemeenschapsontwikkelingsactiviteiten om de organisatiegraad te versterken;
- gezondheidszorgprogramma's;
- verbetering van de kwaliteit van de informatievoorziening.

Voor dit programma was door Nederland f 15.296.614 beschikbaar gesteld in de periode 1981-1983. Het project werd uitgevoerd in cigen beheer.

Ten tijde van de laatste evaluatie (1984) verkeerde het project in de consolidatiefase. Op dat moment waren 155 LGW's opgeleid, die verbonden waren aan 32 gezondheidscentra, waar 25 hulpverpleegsters waren belast met supervisie en ondersteuning van de primaire gezondheidszorg. Tevens kwamen infrastructurele verbeteringen tot stand, zoals de bouw van 15 gezondheidsposten en de aanleg van watersystemen. Ongeveer 50.000 personen, verspreid over een zeer uitgestrekt en moeilijk toegankelijk gebied, kregen middels dit project toegang tot de primaire gezondheidszorg. De kwaliteit ervan verschilde echter wel per regio. In 3 regio's werden participatiestrategieën ingevoerd, gebaseerd op langdurig en stapsgewijs onderzoek te zamen met de bevolking en de VHW's over de ontwikkelings- en gezondheidstoestand. In de regio Urabá leidde samenwerking met een lokale, multisectorale ontwikkelingsorganisatie tot diverse activiteiten op het gebied van drinkwatervoorziening en sanitatie. Daarnaast werden 30 seminars georganiseerd over primaire gezondheidszorg om aan de aanpak op nationaal niveau meer bekendheid te geven.

De Inspectie meende dat over de gehele linie genomen van een ontwikkelings-relevant programma kon worden gesproken.

Beleidsmatig sluit het goed aan bij de richtlijnen van de primaire gezondheidszorg: de bevolking werd effectief betrokken bij het programma, de aanpak was veelal multisectoraal en de technologie was aangepast aan de conceptie van de primaire gezondheidszorg. Wel diende de integratie van de verschillende componenten per regio verbeterd te worden.

De Inspectie achtte de doelmatigheid van het project, gelet op de aangepastheid van de gebruikte methoden en hun kosteneffectiviteit, voldoende.

Doeltreffend was vooral het programma in Chocó, waar zo'n 10.000 personen werden bereikt met een geïntegreerd pakket van kwalitatief goede curatieve zorg, moeder- en kindzorg, vaccinaties en bestrijding van besmettelijke ziekten. Ook traditionele genezers en vroedvrouwen werden bij het programma betrokken. In andere regio's was de doeltreffendheid geringer omdat in bepaalde zones de bevolking moeilijk te bereiken was, vanwege sociaal-culturele verschillen of vanwege de ontoegankelijkheid van het gebied.

## **12. Grondstoffen Farmaceutische Industrie, Nicaragua**

Evaluatie 1983 en 1984; inspectie 1986

Het project omvatte de levering van grondstoffen aan het staatsbedrijf SOLKA en aan enkele particuliere farmaceutische industrieën in Nicaragua. Het project diende meervoudige doelen:

1. verlichting van de betalingsbalanspositie gekoppeld aan import van grondstoffen voor medicamenten;
2. de opzet van een 'essential drugs' beleid;

3. het gedeeltelijk gebruik maken van de tegenwaardefondsen (de waarde in córdobas van de verkochte medicamenten) ter stimulering van de landbouw (Jalapa);
4. verzelfstandiging van de farmaceutische industrie.

Verantwoordelijk voor de projectuitvoering in Nicaragua was de Corporación Industrial del Pueblo (COIP), waaronder het staatsbedrijf SOLKA ressorteerde. In het kader van de wederopbouwhelp verstrekte Nederland van 1982 tot 1985 een bedrag van f 32.854.134.

Het toegenomen belang van PHC verlegde de productie-prioriteit van dure en patent-geneesmiddelen naar goedkopere basisgeneesmiddelen.

Het aantal consulten steeg van 1977 tot 1982 met 250% en daarmee het gebruik van geneesmiddelen. Gezien de schaarste aan devisen was de overheid gedwongen tot een stringent beleid ten aanzien van importen en tot stimulering van de eigen productie.

Nicaragua telde 34 particuliere farmaceutische industrieën, waarvan een aantal zgn. 'Medicamentos Populares' vervaardigden. Deze medicijnen werden als regel met aanzienlijke winstmarges verkocht, maar de samenstelling was niet zelden inactief of zelfs schadelijk voor de gezondheid.

Een stringent beleid ten aanzien van import van geneesmiddelen werd daarom eveneens noodzakelijk geacht.

Het proces van aanpassing van de productiecapaciteit van de particuliere industrieën en SOLKA, alsmede de voorlichting aan het publiek ten aanzien van medicijngebruik vergde meer tijd en voorzichtigheid van de overheid dan was voorzien. Wantrouwen moest overwonnen worden bij de particuliere laboratoria ten aanzien van het overheidsbeleid en bij het publiek ten aanzien van de beperking van populaire maar niet adequate geneesmiddelen. Omdat Nederland goedkeuring van het project afhankelijk stelde van farmacologisch-technische criteria en internationaal aanvaarde normen ten aanzien van essentiële geneesmiddelen, alsmede omdat de ingediende aanvragen onvoldoende waren uitgewerkt, liep de leverantie aanzienlijke vertragingen op. De geneesmiddelenvoorzieningen in Nicaragua werden daardoor op een gegeven moment precair.

Een aantal besluiten werd daarna versneld doorgevoerd. Het aanvankelijk haperend uitvoeringsmechanisme verbeterde in de loop van de tijd, hetgeen de doeltreffendheid van het project verhoogde. Problematisch bleef de positie van SOLKA dat als belanghebbende industrie een coördinerende rol kreeg ten aanzien van de overige particuliere industrieën. Een aantal particuliere industrieën zijn inmiddels akkoord gegaan met de richtlijnen voor de productie van essentiële geneesmiddelen. Eind 1985 waren alle door Nederland betaalde grondstoffen afgeleverd.

### **13. Primary Health Care, Nicaragua**

Evaluatie 1983 en 1985; inspectie 1985

Het project was bedoeld voor de ontwikkeling van Primary Health Care (PHC) in Nicaragua. Het PHC-plan vormde een integraal onderdeel van het algemeen sociaal-economisch ontwikkelingsplan van het land. De Nicaraguaanse PHC-strategie stemde overeen met de WHO-richtlijnen.

De belangrijkste financiers voor het door de Nicaraguaanse autoriteiten opgestelde plan waren UNICEF en WHO. Nederland schonk f 3,8 miljoen via UNICEF.

De Nederlandse fondsen dienden voor opleiding, uitrusting, bevoorrading en supervisie van gezondheidswerkers en vroedvrouwen aan de basis. Inzet van deze vrijwilligers (brigadistas) op grote schaal vormde de kern van de PHC-benadering in Nicaragua. Tevens werden de fondsen gebruikt voor logistieke ondersteuning, het maken van voorlichtingsmateriaal en voor de financiering van twee beleidsmedewerkers op het Ministerie van Planning, speciaal belast met PHC.

In 1981 begon Nicaragua met een aantal proefprojecten in dunbevolkte gebieden. Deze ervaringen hebben onder andere geleid tot een verbetering van coördinatie van het programma en bijstelling van de opleiding van de gezondheidswerkers. Binnen het Ministerie van Gezondheid bestond verschil van mening over de te volgen strategie. Enerzijds stond men een aanpak van onderaf voor, gebaseerd op lokale participatie en vrijwilligerswerk, anderzijds werd stelling genomen voor een systematische en planmatige ontwikkeling vanuit het gezondheidszorgapparaat zelf. Dit conflict vertraagde de uitvoering van het programma met 1 jaar, omdat UNICEF fondsen blokkeerde. Nadat de UNICEF-vertegenwoordiger vervangen was, groeiden de partijen weer naar elkaar toe en bleken beide strategieën complementair te kunnen worden uitgevoerd. Daarna vonden bestedingen in versneld tempo plaats. In 1983 werd in meer dan 20 gebieden (met elk 30.000 inwoners) een geïntegreerd gezondheidszorgplan uitgevoerd.

Beleidsmatig was het project in hoge mate bevredigend.

WHO en UNICEF zetten hun steun aan Nicaragua voort, ondanks het feit dat de sustainability van het project gevaar liep, door de economische crisis, de oorlogssituatie en deviczenschaarste.

Het project dankte veel van zijn succes aan het vermogen tot mobilisatie van de bevolking door volksorganisaties als vak-, boeren-, vrouwen- en jeugdbonden. Vooral de vrouwenorganisaties speelden een belangrijke rol in de ontwikkeling van PHC. Voorts werd een ingrijpende decentralisatie doorgevoerd. Het project was doeltreffend, omdat, uitgaande van lokale participatie in uitvoering, prioriteitsstelling, coördinatie en aanpak, binnen zeer korte tijd polio geheel werd

uitgebannen en overige ziekten sterk werden teruggedrongen. De grote toename van het aantal centra voor orale rehydratie droeg bij aan het terugdringen van sterfte door diarree. Het bereik van het systeem steeg van 30% (1977) tot 70% (1985) van de bevolking. Het aantal brigadistas (ongeveer 1 op 70 bewoners) lijkt de toekomstige behoefte voldoende te kunnen dekken.

De Inspectie vermeldde dat het registratiesysteem en het onderhoud ervan verbeterd zouden moeten worden. Aanvulling en uitbreiding van de know-how zou nodig zijn om de beleidsdoelen van de regering te verwezenlijken.

#### **14. Jornadas Populares de Salud, Nicaragua**

Inspectie 1985

Het project betreft het landelijk programma 'Jornadas Populares de Salud' (Volks-campagnes ter bevordering van de gezondheid). Via het programma beoogde het Nicaraguaanse Ministerie van Gezondheid (MINSa) in samenwerking met een aantal volksorganisaties de gezondheidszorg om te buigen van een vrijwel uitsluitend curatieve aanpak naar een meer geïntegreerde. Uitgangspunt vormde daarbij de inschakeling van duizenden onbetaalde vrijwilligers met beperkte taken (brigadistas) en van traditionele vroedvrouwen, die daartoe (bij)scholing ontvingen. Het project werd gefinancierd door een aantal buitenlandse donoren. Nederland stelde in 1981 een bedrag van f 541.000 beschikbaar. Het 'project', waaraan Nederland in dit kader rechtstreeks steun verleende, was het eerste, nog experimentele project van een reeks van andere, jaarlijks terugkerende campagnes.

Globaal genomen waren er twee doelstellingen:

1. verbetering brengen in de algehele gezondheidssituatie door massale inzet van alle lagen van de bevolking;
2. iedereen kennis bijbrengen op het gebied van preventie en hygiëne, zodat de vraag naar curatieve zorg zou worden beperkt.

Op lokaal, regionaal en nationaal niveau kreeg de bevolking de mogelijkheid over opzet, uitvoering en evaluatie mee te praten. Voor de opleiding van de vrijwilligers werd een reeds eerder toegepaste procedure gehanteerd, waarbij een team van 120 instructeurs uiteindelijk aan 24.000 vrijwilligers preventieve taken bijbracht. De nationale campagnes waren gericht tegen polio, mazelen, rabiës, tetanus, diarree, kinkhoest en malaria.

Vóór de start van de campagnes vond uitgebreide voorlichting plaats via wijk- en dorpsbijeenkomsten en werd gebruik gemaakt van eenvoudig voorlichtingsmateriaal, dat op de doelgroep was toegesneden. Van 1981 tot 1983 werd een reeks van campagnes gehouden. Het aantal vrijwilligers varieerde van 14.000 tot 80.000 in de verschillende campagnes. Tijdens deze massale actie werd de bouw van latrines ter hand genomen, de waterzuiverheid bevorderd en voedingsvoorlichting gegeven.



De campagnes dienden ook om een eerste aanzet te geven tot het opzetten van een registratiesysteem van morbiditeit/mortaliteit. Op het punt van registratie waren nog belangrijke verbeteringen mogelijk.

Op basis van het eerste proefondervindelijke project lijken de doelstellingen te zijn gerealiseerd. In 1983 werd het systeem van Jornadas geïntegreerd in de PHC-strategie van het Ministerie. Het principe van onbetaalde vrijwilligers werd in 1983 enigszins losgelaten; 41.400 brigadistas en 8000 professionele gezondheidswerkers zullen in de toekomst de primaire gezondheidszorg een hechte en nationale structuur moeten verschaffen.

De campagnes bereikten een hoge doelmatigheid, al waren er problemen met de logistieke ondersteuning.

Wat betreft bereikte immunisatiepercentages, epidemiologische controle, het functioneren van de zogeheten 'koude lijn' (koelkasten en koelboxen) was de doeltreffendheid zeer bevredigend. Na 1982 werd geen enkel poliëgeval meer geregistreerd en het aantal gevallen van difterie, kinkhoest en mazelen was sterk verminderd. Mede ten gevolge van de oorlogssituatie kon het aantal gevallen van rabiës en tetanus minder drastisch worden gereduceerd. Verstrekking van medicijnen tegen malaria had een kortstondige daling van het aantal malariagevallen tot gevolg. Deze campagne werd niet herhaald. De bestrijding van de malariamug is wel geïntensiveerd.

## **15. Posta Medica, Arequipa, Peru**

Inspectie 1979

Het 'kleine ambassadeproject' (KAP) omvatte de inrichting van twee medische posten in recent gestichte nederzettingen, gelegen in de buurt van de stad Arequipa. Het betrof de aankoop van meubilair, medische instrumenten en basismedicijnen. De ruimte was reeds beschikbaar.

De bewoners dienden in 1977, via de teamleider van een naburig veeteeltproject, bij de ambassade een verzoek in voor financiële ondersteuning. De ambassade stelde een bedrag van f 4.621 beschikbaar voor de helft van de onkosten. De bevolking bracht de andere helft zelf op.

De doeltreffendheid van de KAP's verschilde per nederzetting. In San Camilo, het meest verwijderd van de stad Arequipa, had de bevolking een verpleegster aangetrokken die 5 dagen per week werkzaam was in de medische post. Zij hield de voorraad medicijnen op peil en maakte, volgens de Inspectie, op deskundige wijze en met passende frequentie gebruik van de faciliteiten. In de andere nederzetting waren de bewoners voor medische hulp vooral gericht op Arequipa met als gevolg dat de post niet of nauwelijks werd gebruikt.

Beleidsmatig gezien, bleek het project slechts gedeeltelijk te voldoen aan de KAP-criteria. Er was sprake van een directe verbetering van de situatie van de doelgroep. De bevolking droeg, met name in het geval van San Camilo, bij tot de uitvoering van het project. De Inspectie betwijfelde echter of het project voldeed aan het belangrijkste KAP-criterium, namelijk dat het hier de allercarmsten zou betreffen.

## **16. Posta Medica, Lima, Peru**

Inspectie 1981

Dit ambassadeproject betrof de bouw van een klein gezondheidscentrum in een krottenwijk nabij de stad Lima. Het was een zeer armoedige wijk zonder riolering, elektriciteit, medische of sanitaire voorzieningen, bevolkt door Indiaanse emigranten uit alle delen van het land. De gezondheid van de bevolking was zeer slecht: in 1977 waren vele kinderen en volwassenen ondervoed en beliep het sterftecijfer 1 op 8. Een Nederlandse missiezuster trachtte de situatie enigszins te verbeteren door de oprichting van een *Commission de Salud*, welke een werkplan opstelde, bevattende: voedselvoorziening, inenting, campagne tegen tuberculose, medische voorzieningen, hygiëne, zuigelingenverzorging, EHBO-cursussen en tandheelkundige controle. Ter ondersteuning van dit programma stelde de ambassade in 1978 f 8.600 beschikbaar voor de bouw van een gezondheidscentrum. Dit bedrag bleek (vanwege de inflatie) onvoldoende en werd aangevuld met ingezamelde gelden. De Peruaanse overheid stelde een arts en een verpleegster ter beschikking die part-time werkzaam waren in de post. Behandelingen waren gratis, medicijnen ook, maar deze waren nauwelijks voorradig.

De Inspectie concludeerde dat de bevolking frequent gebruik maakte van de diensten van het gezondheidscentrum. Het project werd door de Inspectie gunstig beoordeeld wat betreft de doeltreffendheid. Dank zij inentingscampagnes was het sterftecijfer afgenomen en het besef voor hygiëne en juiste voeding gegroeid. Beleidsmatig voldeed het project ruimschoots aan de criteria van 'kleine ambassadeprojecten'. De bekliving kwam echter in gevaar, omdat de aanwezigheid van het medisch team in de toekomst allerminst verzekerd was en andere materiële ondersteuning, zoals medicijnen en tandheelkundige hulp, geheel uitbleven. Een vervolgdonatie zou geboden zijn, maar vond niet plaats, gezien het eenmalige beginsel van deze ambassadeprojecten.

## **17. Medisch Team, Niger**

Inspectie 1986; evaluatie 1977, 1979, 1980, 1982, 1987

Dit gezondheidszorgproject kwam voort uit een direct noodhulpprogramma voor Niger na de grote droogte in de Sahel van 1971–1973. Het werd in 1978 ge(her)-formuleerd tot een regulier programma dat tot doel had de gezondheidsstructuur van het departement Niamey te verbeteren, met uitzondering van de hoofdstad zelf. De steun bestond uit de inzet van een medisch team, variërend van één tot acht personen, met een budget van f 200.000 tot f 1.800.000 per jaar. Over de gehele periode dat het project nu loopt, is de Nederlandse bijdrage f 11,8 miljoen. De uitgaven waren als volgt verdeeld: een derde voor de salariëring van personeel, bijna de helft ten behoeve van materiële ondersteuning bestaande uit bouw, inrichting, onderhoud en uitrusting (medicamenten, vaccins) van klinieken en dispensaires, en ongeveer 10% voor transportkosten. Andere belangrijke uitgavenposten betroffen de financiering van training, herscholing en begeleiding van dorpsgezondheidswerkers (VHW's) en bakers (TBA's). Sinds 1978 werd de opleiding en ondersteuning van de dorpsgezondheidswerkers overgelaten aan USAID.

Bij de evaluatie van het werk van het medisch team speelde een fundamenteel probleem: de mate waarin het gezondheidsniveau werd bepaald door externe factoren. Zo was door de droogte van 1971–73, en later die van 1984, in het noorden de helft van de bevolking weggetrokken, inclusief de gezondheidswerkers. Het effect van het werk was door deze allesoverheersende invloeden moeilijk te beoordelen. Desondanks konden een aantal conclusies worden getrokken. Wat betreft het bereik van de moeder- en kindzorg, de volksziektenbestrijding, en de voorlichting was via de redelijk functionerende dispensaires vooruitgang geboekt: in het departement Niamey woont thans 17% van de bevolking (ruim 1 miljoen) binnen een straal van 5 km van een redelijk werkende polikliniek; 50% woont in dorpen waar een VHW en TBA werkzaam is. Helaas moet hierbij wel opgemerkt worden dat het curatief en het preventief niveau van deze hulp laag is. Zo bezoekt slechts 12% van de kinderen onder 1 jaar het consultatiebureau, 4% van de zwangere vrouwen de prenatale klinieken en was minder dan 5% van de kinderen onder 5 jaar afdoende ingeënt.

Nadat de aandacht in het begin van het project had gelegen op opleiding en herscholing, werd de nadruk geleidelijk verlegd naar moeder- en kindzorg, vervolgens naar de bouw van gezondheidsposten, daarna naar de administratie en supervisie, en tot slot naar vaccinaties door de dispensaires. Hierin werd bij de door de overheid gestelde prioriteiten aangesloten. Een nadeel van deze accentverschuiving was dat niet alle activiteiten optimaal werden uitgewerkt. Er zijn indrukwekkende aantallen VHW's (sécouristes) en TBA's (matrones) getraind. Maar de sécouristes genieten weinig aanzien als gevolg van gebrek aan curatieve kennis

en middelen; zij ontvangen een training van slechts twee weken om als VHW te kunnen functioneren; meestal functioneren zij als reizende apothekers en kunnen hoogstens bij centraal georganiseerde vaccinaties meewerken door op de juiste dag de juiste mensen bij elkaar te roepen in de dorpen. De bevolking kiest wel zelf haar VHW's.

Ondanks een aantal initiatieven hiertoe zoals het vragen van een eigen bijdrage, het laten verrichten van vrijwilligerswerk, en het opzetten van aparte 'comités de santé' in de dorpen lukte het de Nigerijnse overheid echter nog maar nauwelijks om structureel iets aan de invulling van participatie te doen.

De Inspectie meende dat er in de loop van het project sprake was van een toenemende effectiviteit, vooral door uitbreiding van het bereik van het programma. Maar Nederland had volgens de Inspectie nog effectiever kunnen zijn als zij de doelgroep beter had gedefinieerd. Met name met de sleutelrol welke vrouwen spelen in de gezondheidsverbetering was onvoldoende rekening gehouden.

Met het oog op de overdraagbaarheid adviseerde de Inspectie de aandacht te beperken tot enkele activiteiten (vaccinatie, voorlichting, supervisie) en deze een bredere basis te geven dan de huidige.

Voorts werd aanbevolen integratie met andere sociale sectoren (alfabetisering, landbouw, onderwijs, drinkwater) te bevorderen en het aantal doelgroepen (nomaden, vrouwen) te beperken. Ook zou de eigen bijdrage moeten worden verhoogd en zou het huidige team zich meer moeten toeleggen op advisering en begeleiding dan op uitvoering.

## **18. Standaardgezondheidsproject, Senegal**

Inspectie 1986; evaluatie 1979 en 1980

Het project richtte zich op het verbeteren van de gezondheidssituatie op het platteland. De uitvoering liep van 1977–1982 en bestond uit twee fasen: een proeffase (1977–79) in het district Patar (18 dorpen, 13.000 inwoners), en een uitbreidingsfase (1980–82) in het departement Fatick (140.000 inwoners). In de omliggende regio werden tegelijkertijd soortgelijke projecten door USAID en Canada geïnitieerd. De activiteiten omvatten:

- het beter laten functioneren van de 'Postes de Santé' (gezondheidsposten) en kraamklinieken;
- het versterken en uitbreiden van de moeder- en kindzorg;
- het creëren van een netwerk van dorpsgezondheidswerkers (VHW's en TBA's) en van twee dorpsgezondheidscomités per dorp ('Comité des Mamans' en 'Comité de Santé').

De steun bedroeg in totaal f 1,5 miljoen. Deze werd besteed aan personeelskosten, genees- en verbandmiddelen, transportmiddelen, onderwijsmateriaal, bouw en uitrusting van gezondheidshutten (f 450 per hut) en lopende kosten.

Het PHC-project paste geheel binnen het Senegalese en het Nederlandse beleid. Senegal voerde sinds 1972 een decentralisatiepolitiek waarin preventie en curatie, spreiding van de zorg en dorpszelffinanciering uitstekend pasten.

Het project slaagde erin een netwerk van circa 180 TBA's en VHW's (matrones en *sécouristes*) in 90 dorpen op te zetten. Ongeveer 80% van de matrones en *sécouristes* werkte onafhankelijk van de institutionele ondersteuning, ook 5 jaar na beëindiging van de Nederlandse steun, nog door. Het aantal mensen dat sindsdien voor eerste hulp dicht bij huis terecht kon (maximaal 5 km), was door dit uitgebreide netwerk en de kwalitatief verbeterde zorg van 40.000 (30%) naar 80.000 (55%) opgelopen.

Hierop viel af te dingen dat de overheid tot nu toe geen enkele extra bijdrage aan de gezondheidszorg in de perifere regio's leverde. De overheid betaalde alleen het normale budget voor de perifere gezondheidszorg: Centre de Santé, Poste de Santé, en het salaris van de medewerkers. De bevolking droeg daarentegen wél bij: met het kiezen van eigen dorpsvertegenwoordigers (VHW's), het werken aan de bouw van de posten, het betalen van belasting en van een vaste bijdrage aan het salaris van de VHW's. Deze extra belasting op de dorpsgemeenschap bleek met name op het inkomen van vrouwen te drukken. Het afwentelen van kosten op de donor en op vrouwen had echter tot gevolg dat bepaalde resultaten niet konden beklijven. Zo raakte het houden van consultaties in de dorpen na 1982 in verval nadat Nederland zijn steun had beëindigd. Vanaf 1984 werd het dorpsconsult echter direct weer opgepakt, omdat USAID haar project sindsdien tot Fatick uitbreidde. Een extra Senegalese bijdrage, bijvoorbeeld aan de kosten van supervisie, zou een grotere kans op continuïteit hebben gecreëerd.

Na de proeffase werd geen aandacht meer besteed aan gezondheidsvoorlichting, drinkwatervoorziening en controle op volkszicken. Van een PHC-benadering in de praktijk van het project was te weinig sprake. De Nederlandse assistentie heeft te kort geduurd om het project werkelijk te doen beklijven. Naar de mening van de Inspectie heeft het tevens ontbroken aan goede donorcoördinatie.

## **19. Standaardgezondheidszorgproject, Liberia**

Evaluatie 1978, 1979 en 1980

Het standaardgezondheidszorgproject was een 'pilot'-activiteit voor de invoering van primaire gezondheidszorg in Liberia. Bij de planning en formulering werd de doelgroep geconsulteerd en op hun verzoek werd het project aangevuld met

activiteiten op het terrein van drinkwatervoorziening en eenvoudige curatieve zorg.

Binnen het project namen lokale gezondheidswerkers (LHW's) een centrale plaats in. Zij kregen een training van twee maanden, waarbij aan de preventieve gezondheidszorg (hygiëne, voeding en vaccinatie) de meeste aandacht werd gegeven. De selectie en begeleiding van LHW's viel onder de verantwoordelijkheid van een gezondheidscomité, dat was samengesteld uit 5 tot 6 leden van de dorpsgemeenschap. Het comité was voorts ook verantwoordelijk voor alle andere aspecten op het gebied van gezondheidszorg. Het project maakte gebruik van bestaande infrastructurele voorzieningen, zoals rurale klinieken en een trainingcentrum. Het Liberiaanse Ministerie van Volksgezondheid en Sociaal Welzijn was verantwoordelijk voor de uitvoering.

Nederland stelde voor het project ruim f 2 miljoen beschikbaar voor de periode 1977 tot 1980. De fondsen zijn aangewend voor de aanschaf van transportmiddelen, waterpompen, cement, grondboormachines, uitrusting voor vroedvrouwen en technische assistentie. De evaluatiemissie die eind 1980 het project bezocht, was zeer positief over de bereikte resultaten. De missie was onder de indruk van de verregaande mate van participatie van de lokale bevolking. Geschat werd dat ongeveer de helft van de plattelandsbevolking in Maryland door het project werd bereikt. In vele dorpen waren latrines gebouwd, was het afval verwijderd en een watervoorziening aangelegd. De consultatiebureaus voor moeder en kind werden frequent bezocht. Vanuit de bevolking kwamen vele verzoeken voor de bouw van scholen en de aanleg van eenvoudige wegen en bruggen. Deze aanvragen werden ondersteund door het project middels technische assistentie en financiering van de helft van het benodigde materiaal. Vanwege gebrekkige absorptiecapaciteit zowel qua middelen als management, konden echter niet alle lokale initiatieven worden gehonoreerd.

Tijdens het evaluatieonderzoek functioneerden 160 LHW's. Door gebrek aan gekwalificeerd medisch kader werden enkele LHW's opgeleid tot supervisor om het werk van de comités en de LHW's te ondersteunen.

Niettegenstaande de goede resultaten, werd de voortgang van het project in belangrijke mate belemmerd door een gebrekkige toelevering van medicamenten aan de LHW's. In sommige gevallen dreigde een dusdanig tekort te ontstaan, dat zelfs de meest essentiële geneesmiddelen niet meer voorradig waren.

Een ander knelpunt in het project was het gebrek aan middenkader, waardoor de supervisie en coördinatie van het werk van de LHW's gebrekkig functioneerde en geen mankracht beschikbaar was voor de opzet van een centraal informatiesysteem en voor budgetbewaking.

Begin jaren tachtig kwam het project min of meer tot stilstand vanwege de nationale politieke en economische situatie. De leverantie van medicijnen stagneerde

volledig; de vergoeding die de overheid voorheen betaald had aan de LHW's werd niet meer uitgekeerd en een goed management van het project ontbrak. Dit leidde tot een zeer laag niveau van activiteiten in de dorpen.

Recentelijk deed Liberia het verzoek aan Nederland om het project weer nieuw leven in te blazen en het uit te breiden naar andere regio's. Na consultatie van de bevolking werd besloten een methode uit te werken voor de financiering van het project volgens het self-help principe.

Aangetrokken door de goede resultaten van het PHC-project initieerde UNDP een multisectoraal project in hetzelfde gebied, waarvoor de in het project ontwikkelde dorpsstructuren werden gebruikt. Tot op heden lopen beide projecten in het gebied.

## **20. Gezondheidszorg Oostelijke Provincie, Kameroen**

Inspectie 1980; projectverslagen 1983, 1986 en 1988

De SNV is sinds 1968 betrokken bij gezondheidszorg in de Oostelijke Provincie van Kameroen. In die tijd genoot de PHC-benadering nog geen bekendheid en startte men met een doel van algemene strekking: 'het in direct contact met de lokale bevolking werken aan het welzijn van mensen aan de basis'. De eerste SNV-inzetten betroffen het plaatsen van verpleegkundigen in departements- en arrondissementsziekenhuizen. Om meer aandacht te geven aan preventie werd er door de SNV vanaf 1971 een 'PMI-programma' (Protection Maternelle et Infantile) opgezet, gericht op de moeder- en kindzorg. Tevens verleende de SNV steun aan een door CEBEMO gefinancierde dorpskliniek (dispensaire) van waaruit een 'PMI-mobile' en een op preventie gericht drinkwaterprogramma uitvoering vonden. Met het drinkwaterprogramma werd ook de bevolking op het platteland bereikt. In de loop der jaren verschoof het accent meer van curatie naar preventie en van de stad naar het platteland. Naast PMI werd in de periode 1982-1984 de 'SSP-structuur' (Soins de Santé Primaires) door de Kameroenese overheid geïntroduceerd. Met name kregen gezondheidsvoorlichting en het oprichten, opleiden en begeleiden van gezondheidscomités en Agents de Santé Communautaires (ASC's) hierdoor aandacht. Naast iedere Kameroenese coördinator op arrondissementsniveau werd in de arrondissementen waar de PMI functioneerde, een SNV-er ten behoeve van de inhoud en vormgeving van SSP geplaatst. Drie jaar later (in 1987) werden de SNV-ers op departementsniveau geplaatst om de arrondissementen te superviseren en de aansluiting met de overige gezondheidszorg mede te verbeteren en mede te coördineren.

In totaal werkten circa 40 SNV-ers mee aan de gezondheidszorg in Oost-Kameroen. Tot 1981 waren het er 14 en beliepen de kosten f 1,8 miljoen, waarvan 0,4 miljoen

aan de missiekliniek werd besteed. Vanaf 1981 werkten jaarlijks ongeveer 7 SNV-ers in de gezondheidssector.

In de aanvangsfase was er nauwelijks sprake van een duidelijke beleidsvisie bij SNV ten aanzien van deze sector. Ook na de verschuiving richting het werk in de moeder- en kindzorg had men geen duidelijke omschrijving van voorgenomen activiteiten of concrete doelen. De manier waarop naar integratie met het Ministerie van Gezondheidszorg werd gestreefd, was aanvankelijk niet doordacht. Refererend aan de normen van PHC viel de beoordeling van het SSP-programma vanaf 1984 positiever uit. Desalniettemin vertoonde het programma nog veel tekortkomingen. De participatie van de bevolking was (nog) niet groot. Het gemeenschapsgevoel in de dorpen was zwak en het programma ging nog weinig uit van de plaatselijke situatie en de wensen van de bevolking. De integratie van andere gezondheidsactiviteiten in de dorpen (vaccinaties, bestrijding van lepra en tbc) moest met de benoeming van SNV-ers op departementsniveau meer van de grond komen, evenals de coördinatie met andere ontwikkelingsorganisaties en diensten.

Aandacht voor sectoren buiten de gezondheidszorg (landbouw, alfabetisatie) was nog slechts sporadisch aanwezig. Het bereik van de gezondheidsvoorlichting was moeilijk meetbaar. Wel nam het aantal functionerende 'Centres de Santés' duidelijk toe en bleef het aantal artsen, verpleegkundigen, vroedvrouwen en ander (para)medisch personeel constant. De bevoorrading van de Centres de Santés in de dorpen met medicamenten vormde een belangrijk knelpunt in het realiseren van het programma. Preventieve activiteiten genoten weinig animo onder dorpscomités. De ASC's hadden weinig autoriteit. Het verloop onder hen was groot, vooral door het ontbreken van een regelmatige beloning. Dit vormde het grootste knelpunt van het programma. Zolang ook de medicijnbevoorrading nog een probleem was, had training van grotere aantallen ASC's weinig zin. Door de economische crisis werd ook op de gezondheidszorg bezuinigd; het bleek moeilijk te zijn om het beleid ten gunste van de perifere regio's te beïnvloeden, terwijl er ziekenhuizen in Douala en Yaoundé werden gebouwd.

Zowel op diverse niveaus in Kameroen als in Nederland is men eensluidend positief over de keuze van projectaanpak alsook over de bijstelling van het overheidsbeleid in de richting van geduldig werken op dorpsniveau en voorzichtig uitproberen van bescheiden, betaalbare, technische en sociale verbeteringen.



## 21. Soins de Santé Primaires, Mali

Evaluatie 1987

Vanaf 1983 werkten twee SNV-ers in het gebied van het Office du Niger te Mali. Zij zetten in samenwerking met de Malinese Medische Dienst een systeem van primaire gezondheidszorg op vanuit de cercle-hoofdplaats Niono (aanvankelijk 'Soins de Services de Base', later 'Soins de Santé Primaires' ofwel SSP). In Mali was SSP officieel overheidsbeleid sinds 1976. Het werd vanaf circa 1978 ook werkelijk operationeel.

De cercle Niono omvatte 250 dorpen en in totaal circa 400.000 inwoners. Keuze van het gebied werd mede bepaald door het feit dat in deze regio een streekontwikkelingsprogramma in uitvoering was. Op verzoek van de Malinese overheid werd in 1985 naast de twee verpleegkundigen ook een arts aan het project toegevoegd. Met deze uitbreiding van het veldteam gaf het Koninklijk Instituut voor de Tropen (KIT) niet meer alleen vaktechnische ondersteuning, maar nam de volledige uitvoeringsverantwoordelijkheid op zich. Het project werd tot 1987 beschouwd als een pilot-activiteit, waarin men naar de juiste interventiemethode voor SSP in deze nieuwe regio zocht.

De doelen waren als volgt geformuleerd:

- het verbeteren van de gezondheidssituatie en de economische produktiviteit van de plattelandsbevolking in het projectgebied;
- het ontwikkelen van een methode van SSP in dit projectgebied;
- het verbeteren van de coördinatie en de planning op alle niveaus en van de desbetreffende gezondheidsdiensten.

De activiteiten bestonden uit het opleiden van dorpsgezondheidswerkers (Hygiénistes, Sécouristes, Accoucheuses Traditionnelles of Animatrices) afkomstig uit 40 dorpen rondom Niono, uit bijscholing van medisch personeel en uit het opzetten van een distributiesysteem voor essentiële medicamenten.

Het bedrag dat in de periode 1985-1987 aan het project was besteed, bedroeg f 1,35 miljoen. Globaal ging hiervan 40% naar personeelskosten, 20% naar bouw en uitrusting en nog eens 20% naar opleidingen/educatie. De resultaten uit de slotfase gaven aanleiding om het project met een volgende fase van 5 jaar, tot 1992, te verlengen. Voor deze volgende fase werd gedacht aan een beperkte uitbreiding van het projectgebied; allereerst binnen het interventiegebied van het Office du Niger en vervolgens in maximaal één cercle daarbuiten.

De evaluatiemissie concludeerde dat de oriëntatie van de SSP op het dorpsniveau gehandhaafd moest blijven. Als gunstig resultaat van de afgelopen periode werd genoemd een betere toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Dit was mede bereikt door het (opnieuw) in gebruik nemen - na renovatie of (wederop)bouw - van drie gezondheidsposten. Tevens waren de gezondheidsvoorlichting, geneesmiddelen distributie, eerste hulp en kraamverzorging van de grond gekomen. Nog

niet zo goed ontwikkeld waren moeder- en kindzorg en vaccinatie van risicogroepen. Ook kindersterfte en verspreiding van bilharzia en malaria waren nog relatief hoog. Deze laatste zouden onder andere door verbetering van de drinkwatervoorziening en sanitatie verminderd kunnen worden.

Op basis van de bovenstaande analyse werd een meer geïntegreerde projectaanpak aanbevolen alsook een verdere verschuiving van het accent van curatie naar preventie. Dit zou moeten worden vertaald naar een grotere participatie van en aandacht voor de rol van vrouwen, een versterking van het reeds bestaande distributiesysteem van essentiële geneesmiddelen en een grotere aandacht voor goede drinkwatervoorziening en sanitatie. Recentelijk ging een puttenprogramma van start dat door Nederland mede werd gefinancierd.

Voorts zou volgens de missie een intensieve samenwerking en betere coördinatie met het Office du Niger, het ARPON (Nederlands rijstproject), de dorpscomités, andere donoren en het Ministerie van Volksgezondheid moeten plaatsvinden. Tot slot zou de training en uitrusting van de dorpsgezondheidswerkers (hygiénistes/sécouristes) moeten leiden tot verhoging van hun sociale status en zou hen in staat moeten stellen ook diagnostisering en behandeling van ondervoeding en ziekten als diarree beter uit te voeren.

## **22. Primaire gezondheidszorgprogramma, Jonglei, Zuid-Soedan**

Evaluatie 1983

Vanaf 1977 gaf de Nederlandse overheid financiële en technische hulp aan Soedan ter ondersteuning van het primaire gezondheidszorgprogramma. Een deel van de hulp was geconcentreerd op de Jonglei provincie. Met betrekking tot dit regio-programma werd een 12-jarenplan voor primaire gezondheidszorg opgesteld. De formulering hiervan was in eerste instantie een vrijwel exclusieve Nederlandse aangelegenheid geweest. Officieel is het plan nimmer door Soedan geaccepteerd.

In het kader van het gezondheidsproject in Jonglei werden de volgende activiteiten uitgevoerd:

- bouw van een school voor lokale gezondheidswerkers en de bouw van gezondheidsposten;
- leverantie van geneesmiddelen en medische apparatuur ten behoeve van gezondheidsposten;
- technische ondersteuning bij de scholing van lokale gezondheidswerkers en andere cursussen aan (hulp)verpleegsters, vroedvrouwen, etc.;
- technische ondersteuning van moeder- en kindzorg.

De totale omvang van de Nederlandse hulp bedroeg ruim f 9 miljoen.

Het primaire gezondheidszorgprogramma in Jonglei werd behalve door de Nederlandse en Soedanese overheid ook nog gefinancierd door USAID/AMREF. De fondsen van Nederland waren bestemd voor twee buitenlandse deskundigen, medische apparatuur, geneesmiddelen en een bouwfonds. Dit laatste slokte het grootste deel van het budget op. Voorts ging een aanzienlijk deel naar levering van medicijnen.

Toen het programma in 1982 werd geëvalueerd, waren een scholencomplex, drie gezondheidsposten (met huizen voor de staf) en een opslagruimte voor geneesmiddelen voltooid. Elf gezondheidswerkers volgden op dat moment de training en een aantal traditionele vroedvrouwen, hulpverplegers en docenten hadden deelgenomen aan een eenmalige cursus.

Voorts werd echter geconstateerd dat er te veel soorten medicijnen waren geleverd in een te grote hoeveelheid. Dit had als gevolg dat medicijnen te snel werden verstrekt en verder was er vaak sprake van een foutief voorschrift. Bovendien was het project niet doelmatig gezien de kostbare uitvoering van de constructiewerken. Hierdoor waren er geen fondsen meer voor de rest van het programma.

De effectiviteit van het project was gering, aangezien slechts een beperkt aantal personen de cursussen volgden. Dit was onder meer te wijten aan de toelatingseisen waaraan de gezondheidswerkers moesten voldoen. Bovendien werd de training in het Engels en Arabisch gegeven, terwijl men overwegend Dinka sprak.

Participatie van de lokale bevolking is beperkt gebleven tot een financiële bijdrage. Het programma onderhield weinig relaties met andere gezondheidszorgorganisaties en was nauwelijks geïntegreerd in het Nederlandse streekontwikkelingsproject dat in dezelfde regio werd uitgevoerd.

Het PHC-programma kwam als zodanig moeilijk op gang en de activiteiten moesten derhalve eerder beschouwd worden als een uitbreiding van de gezondheidszorg-infrastructuur (basic health services). In 1984 werd het programma geheel opgeschort, vanwege de oorlog die uitbrak tussen Noord- en Zuid-Soedan.

### **23-26. Kleine Ambassadeprojecten op het gebied van Gezondheidszorg in Tanzania**

Inspectie 1983

In 1980 en begin 1981 werd bij de Nederlandse Ambassade te Dar Es Salaam voor vier projecten op het gebied van de gezondheidszorg een beroep gedaan op de in het kader van het KAP-programma ('Kleine Ambassade Projecten') beschikbaar te stellen fondsen. De gevraagde financiële ondersteuning was bestemd voor:

- a) de bouw van drie kraamklinieken in respectievelijk Kubengu Juu (6000 inwoners, schenkingsbedrag f 15.000), in Mtomboi (11.000 inwoners, schenkingsbedrag f 15.000) en in Bwakira Juu (4600 inwoners, schenkingsbedrag f 15.000);
- b) de aanleg van een waterleidingsstelsel ten behoeve van een reeds gevestigde kraamkliniek in Kolero (schenkingsbedrag f 5.485).

Het verzoek om financiële ondersteuning voor deze projecten was afkomstig van een Nederlandse pater die in het gebied werkte. Van zijn hand kwam ook het ontwerp van de te bouwen kraamklinieken.

De gevraagde fondsen werden door de ambassade op de rekening van de genoemde aanbrenner overgemaakt en tot aan het moment van voltooiing van de constructies voerde deze er ook het beheer over. Daarna werden de klinieken overgedragen aan de gezondheidsautoriteiten van het district.

Gerekend werd op participatie van dorpsbewoners bij de bouw van de klinieken en aanleg van de watervoorziening. In het geval van Bwakira Juu bleek dit echter een misrekening te zijn. Mogelijkerwijs is de aanwezigheid van een kraamkliniek zes kilometer verderop de reden dat de bewoners nauwelijks bereid waren om aan de bouw van een eigen kliniek deel te nemen. Bovendien waren zij onderling nogal verdeeld en vormden derhalve in veel mindere mate een hechte gemeenschap, wat wel het geval was in de overige projectdorpen.

Vertraging bij de bouw trad ook op in Kubengu Juu en Kolero. Een (tijdelijk) tekort aan vaklieden, respectievelijk ongunstige weersomstandigheden waren hiervan de oorzaak.

In alle gevallen kon op eenvoudige wijze worden voorzien in personeel voor de kliniek daar in de nabijheid een verpleegstersschool gelegen was, en reeds gekwalificeerde krachten in het dorp werkzaam waren (bijvoorbeeld Bwakira Juu, waar nog voor de voltooiing van de kliniek een aantal traditionele vroedvrouwen een speciale training hebben ontvangen).

Een beleidsmatige toetsing van de onderhavige projecten aan de specifieke criteria van het KAP-programma leidde tot een positieve beoordeling. Er werd ruimschoots voldaan aan het belangrijkste criterium, namelijk dat de activiteiten gericht dienen te zijn op kansarme groepen, en voorts bestond er voldoende garantie dat de activiteit door de doelgroep zou worden gedragen. Het ging voorts in alle gevallen om een eenmalige schenking.

Wat doelmaticheid betreft, was er een kanttekening te plaatsen in het geval van Bwakira Juu. Van lokale ondersteuning door de gemeenschap was weinig te bemerken. De doeltreffendheid van de projecten was tamelijk bevredigend, voor zover dat op het moment van de inspectie beoordeeld kon worden.

## **27. Sichili Rural Hospital and Outreach Programme, Western Province, Zambia (CEBEMO)**

Inspectie 1983

Op aanvraag van het rooms-katholieke Diocees Livingstone financierde CEBEMO in 1980 een deel (75%) van de bouwkosten van 2 van de 5 woonhuizen voor lokale stafleden, de verbetering van de watervoorziening en het mortuarium van het reeds bestaande Sichili Hospital. Het missieziekenhuis is gelegen in een geïsoleerd, dunbevolkt en arm gebied in de Western Province van Zambia. Verbetering van de woonaccommodatie werd noodzakelijk geacht om het aantrekkelijk te maken voor het lokale personeel om op deze geïsoleerde plek te werken en daarmee het functioneren van het ziekenhuis en het extramurale programma ('outreach programme') te versterken. In totaal werd f 93.757,- geëncmmiteerd. In 1983 was het gehele bedrag besteed. De uitbreiding van de infrastructuur werd doelmatig, doeltreffend en beleidsmatig bevredigend bevonden. Een staf van 31 artsen en verpleegkundigen (waaronder zes buitenlanders) verleende een traditionele curatieve service, gratis en met de middelen voor zover aanwezig. Het ziekenhuis is geïntegreerd in de Zambiaanse gezondheidsdiensten.

Verschillende lokale en buitenlandse donoren ondersteunen projecten in de gezondheidssector in Zambia. Vanuit het ziekenhuis ging een extramuraal en op preventie gericht programma van start. Dit programma beschikte over 28 'mobile clinics' en 4 rurale gezondheidscentra in een gebied met een straal van 100 km. De vier belangrijkste onderdelen van het programma waren de bezoeken van het mobiele team (5 verpleegkundigen) aan de gezondheidsposten, een waterproject, supervisie van de dorpsgezondheidswerkers, moeder- en kindzorg en voorlichting in het ziekenhuis. De bezoeken van het mobiele team, meerdere malen per jaar, omvatten activiteiten als groei-controle van de kinderen, vaccinaties, gezondheidsvoorlichting en eenvoudige curatieve zorg. Hoewel men aannam dat dit team en de dorpsgezondheidswerkers door vaccinatie ervoor hadden gezorgd dat het aantal ziekenhuisopnamen daalde, werd in 1982 toch een toename van mazelen-gevallen geregistreerd. Waarschijnlijk was dat het gevolg van een slecht functionerende 'koude keten' en van transportproblemen waardoor de verschillende afgelegen gezondheidsposten niet konden worden bereikt.

In 1982 waren 13 dorpsgezondheidswerkers opgeleid in PHC. Zij werden betaald door de dorpsgemeenschap. Supervisie en toelevering van materialen geschiedde vanuit het ziekenhuis.

Beleidsmatig komen de Zambiaanse en Nederlandse doelstellingen in het project overeen. De doeltreffendheid is voorlopig beperkt, omdat het programma pas kort van start was gegaan ten tijde van de inspectie.

Ten aanzien van de doelmatigheid valt op te merken dat de beperkte financiële middelen efficiënt zijn gebruikt. Verbetering van het registratiesysteem en bijscholing van personeel, alsmede het ontwikkelen van onderzoek naar de epidemiologische en demografische situatie en de ziekte- en gezondheidsconcepten van de bevolking werd aanbevolen.

Het aantrekken van meer Zambiaanse deskundigen zou de duurzaamheid van het project kunnen verbeteren.

## **28. Primary Health Care, Western Province, Zambia**

Evaluatie 1987

Sinds 1979 is de technische hulp die Nederland aan Zambia geeft, geconcentreerd op de Western Province, één van de minst ontwikkelde regio's van het land. Het ontwikkelingsprogramma in deze provincie omvatte zo'n 20 ontwikkelingsprojecten op het gebied van veehouderij, akkerbouw, infrastructuur, institutionele ondersteuning en gezondheidszorg.

De Nederlandse hulp ten behoeve van de gezondheidssector bedroeg in de afgelopen 10 jaar bijna f 10 miljoen. In eerste instantie richtte de hulp zich vooral op de bestaande districtsziekenhuizen en bestond grotendeels uit het ter beschikking stellen van artsen (tot 1987 65 mensen).

In 1984 werd voorts een PHC-adviseur toegevoegd aan de Provincial Medical Officer om te helpen een PHC-beleid uit te werken voor de provincie. Tot slot stelde Nederland sinds enkele jaren fondsen beschikbaar voor de aankoop van basis-medicijnen. Een deel hiervan werd bestemd voor de Western Province.

Door Nederland werden al ruim 10 jaar artsen naar de Western Province gestuurd. Thans werken 12 Nederlandse artsen in deze provincie, 8 via het DGIS als suppletiearts in districtsziekenhuizen en 4 via particuliere organisaties in missieziekenhuizen. Ruim de helft van alle artsen in de Western Province is Nederlander.

De gezondheidsvoorzieningen staan mede door de Nederlandse ondersteuning op een relatief hoog peil. De districtsziekenhuizen en de daaronder ressorterende gezondheidsposten (waarvan er een kleine 100 zijn in de Western Province) werden dan ook zeer frequent bezocht. Het aantal opnamen per jaar per 1000 inwoners varieerde per district van 60 tot 130, terwijl per inwoner gemiddeld 6,3 poliklinische bezoeken per jaar plaatsvonden.

De belangrijkste knelpunten waarmee de artsen te maken kregen bij de uitvoering van hun werk waren volgens de IOV-missie:

- Snelle verslechtering van de medicijnvoorziening als gevolg van de economische crisis en de enorme financieringstekorten bij de overheid. Het ziekenhuishudget was veelal uitsluitend nog toereikend voor het betalen van salarissen en de meest noodzakelijke lopende kosten.
- Personeel bezetting van de districtsziekenhuizen. Er was een enorm tekort aan gekwalificeerd personeel. De geïsoleerde ligging van de Western Province speelde hierin een belangrijke rol. Als gevolg hiervan waren de Nederlandse artsen te zeer belast met uitvoerende taken en kwam men aan training van lokaal personeel nauwelijks toe.
- De ziekenhuis-georiënteerde curatieve benadering heeft nog steeds de overhand.
- De ziekten die aangetroffen worden in de Western Province zijn ongeveer dezelfde als elders in Afrika. De recente opkomst van AIDS is echter ook hier een verontrustende ontwikkeling.

Sedert 1981 werd PHC het officiële beleid in Zambia om de gezondheidszorg voor met name de plattelandsbevolking te verbeteren.

Alle districtsziekenhuizen kregen als taak om zich naast hun curatieve werkzaamheden met PHC bezig te houden. In de eerste jaren was echter de aandacht die ziekenhuizen aan PHC schonken onvoldoende.

Vanaf 1984 stelde Nederland een deskundige ter beschikking om te helpen bij het uitwerken van een programma voor primaire gezondheidszorg voor de Western Province.

Het PHC-pilot project richtte zich met name op de introductie van 'essential drug kits' en verbeterde supervisie van Rural Health Clinics en Community Health Workers. Ook was een eerste aanzet gemaakt om andere sectoren in het PHC-programma te integreren.

## **29. BUFMAR, Rwanda (ICCO)**

Inspectie 1983

Het Bureau des Formations Médicales Agrées au Rwanda (BUFMAR) is een dienstverlenende organisatie, die door de katholieke en protestantse kerken in Rwanda werd opgericht teneinde de kwaliteit van de gezondheidszorg via de medische instellingen van de kerken te verbeteren en de samenwerking tussen deze instellingen en de Rwandese overheid te bevorderen. BUFMAR richt zich in concreto op de (bij)scholing van medisch personeel, op het vervaardigen van voorlichtingsmateriaal en op de centrale import van medicijnen, verbandmiddelen en medische

instrumenten. Tevens vertegenwoordigt de organisatie de constituerende kerken bij de medische autoriteiten van de Rwandese overheid.

BUFMAR ontving financiële steun van verschillende buitenlandse donoren, waaronder het ICCO. Het contact tussen BUFMAR en ICCO kwam tot stand via de Nederlandse Gereformeerde Zending, die sinds het eind van de jaren vijftig nauwe relaties onderhield met de Presbyteriaanse Kerk van Rwanda (EPR).

Via ICCO werd door de Nederlandse overheid drie keer financiële steun verleend in de periode 1976–1982, voor achtereenvolgens:

- a) een roulerend fonds voor de import van medicijnen (f 206.131 in 1976);
- b) de bouw van een nieuw hoofdkantoor, inclusief centrale apotheek en stafwoningen (f 539.916 in 1978);
- c) een tweede roulerend fonds voor de aanschaf van verbandmiddelen en andere medische materialen vanuit het buitenland (f 216.000 in 1982).

De totale kosten van het BUFMAR-project waren begroot op ruim f 1 miljoen.

Het roulerend fonds voor de import van medicijnen werd optimaal gebruikt en had de medicijnvoorziening van de aangesloten medische instellingen aanzienlijk verbeterd. De Nederlandse Kredietbank trad op als beheersinstelling van het fonds. BUFMAR heft een toeslag van 10% op de verkoop van medicijnen en bouwt daarmee een reservefonds.

De nieuwbouw van het BUFMAR-hoofdkantoor en stafwoningen was uiterst voorspoedig verlopen. Het had de ontplooiingsmogelijkheden van de organisatie sterk vergroot.

Het roulerend fonds voor de aanschaf van verbandmiddelen en medische materialen was ten tijde van de inspectiemissie nog onderbenut. BUFMAR uitte het vermoeden dat de omvang van het fonds in verhouding tot het destijds gestelde doel te groot was.

In termen van beleidsmatigheid beoordeelde de Inspectie het BUFMAR-project als bevredigend. Omdat het streven van de Rwandese overheid naar een staatsmonopolie op het gebied van medicijnvoorziening nog niet haalbaar bleek, had BUFMAR recht van bestaan. De belangrijke rol die kerkelijke medische instellingen vervulden in Rwanda werd erkend door de centrale overheid, die derhalve een gedeelte van de exploitatiekosten van deze instellingen subsidieerde. Ook in particuliere kring ondervonden diensten van BUFMAR veel waardering. De gezondheidszorg ten behoeve van grote groepen van de Rwandese bevolking was ermee gediend en in dat opzicht sloten de BUFMAR-activiteiten direct aan bij het Nederlandse beleid met betrekking tot de armoedebestrijding in ontwikkelingslanden.

De doelmatigheid van het roulerend medicijnfonds en de bouwkundige component van het project was hoog; beoordeling van de doelmatigheid van het tweede roulerend fonds werd nog niet mogelijk geacht ten tijde van het onderzoek.



In algemene zin werd het project als doeltreffend ervaren. In mindere mate is er sprake van doeltreffendheid wat betreft de 'verzelfstandiging'. Sleutelposities binnen BUFMAR waren nog in handen van buitenlanders en garanties voor een financiële zelfstandigheid bleken ook nog niet aanwezig.

### **30. Medische activiteiten van de Presbyteriaanse Kerk, Rwanda (ICCO)**

#### **Inspectie 1983**

Tussen 1969 en 1982 werd via ICCO steun verleend aan een reeks van medische activiteiten van de EPR, de Presbyteriaanse Kerk in Rwanda. De Nederlandse bijdrage werd aangewend voor de (mede)financiering van:

- 1) nieuwbouw en inrichting van een verpleegstersschool in Kirinda (f 583.303 in 1969);
- 2) de aanleg van een waterkrachtcentrale en de aanschaf van elektrische apparatuur ten behoeve van de verpleegstersschool en het naburige EPR-ziekenhuis (f 599.824 in twee gedeelten, respectievelijk 1971 en 1975);
- 3) de bouw van een gezondheidscentrum in Biguhu, alsmede de bouw van een dubbele dienstwoning en de aanleg van waterleiding ten behoeve van het centrum en de inwoners van Biguhu (f 281.205 in twee tranches, 1978 en 1981);
- 4) de ontwikkeling van een programma van geïntegreerde rurale gezondheidszorg (Programme Médecine de Masse – PMM) in het bijzonder ten gunste van de opleiding van 'agents sanitaires de base' (ASB's) en de bouw van een nieuwe polikliniek bij het EPR-hospitaal en de verbouwing van de oude poli tot administratieruimte voor het PMM (f 443.007 in twee gedeelten, respectievelijk 1980 en 1981).

In 1962 begon het EPR-hospitaal te Kirinda met een (aanvankelijk) tweejarige opleiding voor meisjes tot hulpverpleegster. De opleiding was sterk op de praktijk gericht en kende verschillende stageperioden in het naburige EPR-hospitaal. De school werd in 1968 door de Rwandese overheid erkend, hetgeen een uitbreiding van het aantal leerlingen met zich meebracht en nieuwbouw noodzakelijk maakte.

Ten tijde van de inspectiemissie werden jaarlijks 20 nieuwe leerlingen aangenomen en studeerden er bijna evenveel af. Zij werden door het Ministerie van Volksgezondheid overal in het land ingezet. Het Ministerie stelde zich garant voor 70% van de opleidingskosten en het resterende deel was afkomstig van UNICEF.

Sinds de komst van de eerste Rwandese docent in 1974 werd de staf van de school geleidelijk 'ge-Afrikaneerd'.

Met de bouw van een kleine hydro-elektrische centrale voor het ziekenhuis en de verpleegstersschool beoogde men tegen lage kosten een veilige energievoorziening te creëren totdat koppeling aan het nationale hoogspanningsnet mogelijk was. De

centrale kwam na een bouwperiode van twee jaar in 1975 gereed en werd door het ziekenhuis geëxploiteerd. Andere energie-afnemers (waaronder de school) betaalden voor de leveranties. In 1979 ontstonden er enige problemen, omdat ondanks regelmatig onderhoud de as van het schoepenrad tot tweemaal toe brak. De centrale was daardoor minstens één jaar buiten bedrijf.

Het plan voor een gezondheidscentrum in Biguhu kwam voort uit de bevolking, die bij de bouw ook een eigen bijdrage zou leveren in de vorm van arbeid en geld. Het centrum had een driedig doel: onderwijs in de gezondheidsleer en preventieve, prenatale en zuigelingen- en tenslotte medisch-curatieve zorg. De inspectie-missie constateerde dat het centrum goed werd benut hoewel aanvankelijk diverse problemen overwonnen moesten worden alvorens het centrum kon functioneren.

Voor de ontwikkeling van het PMM-programma werd van Nederlandse zijde in de eerste en tweede fase steun verleend, met name voor infrastructurele voorzieningen. In het betreffende programma moesten de door de bevolking gekozen ASB's een centrale rol vervullen bij het toezicht houden op en detectie van lokale gezondheidsproblemen. Zij hadden tevens een belangrijke voorlichtingstaak en waren verder behulpzaam bij de organisatie van mobiele consultatiebureaus van het EPR-ziekenhuis. De inspectie-missie trof bij de uitvoering van het PMM-programma een aantal problemen aan, onder andere stagnatie van het gehele programma als gevolg van een snelle opeenvolgende wisseling van de programmaleiding en daarnaast een afnemende motivatie bij de ASB's wegens het ontbreken van materiële stimulansen. Ook had de Inspectie haar twijfel over de noodzaak van een eigen administratie-ruimte (d.i. verbouwing van de oude polikliniek).

### **31. Medicijnleveranties, Mozambique**

Inspectie 1980

Vlak na de onafhankelijkheid van Mozambique had het land te kampen met een zeer gebrekkige gezondheidszorg als gevolg van het vertrek van een groot deel van het medisch kader dat veelal ook het materiaal uit de klinieken meenam.

De verbetering van de medische voorzieningen stond hoog in het vaandel van de nieuwe Mozambiquaanse overheid. In het nieuwe model stond preventieve gezondheidszorg voorop. Het zwaartepunt werd gelegd bij de primaire gezondheidszorg waarbij sanitaire posten en kraamklinieken een belangrijke rol vervulden bij de medische voorlichting. Om de plattelandsbevolking te bereiken, werden gezondheidswerkers opgeleid en op de gezondheidsposten gestationeerd. Daarnaast werd de socialisatie van de gezondheidszorg wettelijk geregeld. Iedere staatsburger kreeg het recht op medische verzorging die bijna kosteloos zou worden

verstrekt. De structuren binnen het medische apparaat werden gedemocratiseerd, waarbij alle personeelsgeledingen en patiënten meer inspraak kregen.

Ter ondersteuning van dit beleid zocht de Mozambiquaanse overheid de hulp van Nederland, dat in 1975 in het kader van het 'wederopbouwprogramma' fondsen ter beschikking stelde voor de aankoop van een basispakket van 400 genees- en verbandmiddelen (*f* 2,6 miljoen).

Daarnaast werd in 1976 hulp gegeven voor de aankoop van medicijnen ter waarde van *f* 5 miljoen, bestemd als noodhulp voor de gebieden die te kampen hadden met ernstige overstromingen. Alle leveranties werden verzorgd door de International Dispensary Association (IDA).

Het Ministerie van Gezondheidszorg was verantwoordelijk voor de distributie. In beginsel werden alle gezondheidsposten in het gehele land door de overheid van medicijnen voorzien.

De leveranties verliepen nagenoeg zonder problemen en de Mozambiquaanse overheid was tevreden over de snel gerealiseerde hulpverlening. De centrale opslag van de medicijnen maakte een geordende en redelijk bevoorradе indruk. Wel bleek dat het medisch personeel, met name in de rurale gebieden, regelmatig met een tekort aan medicijnen kampte als gevolg van de toegenomen medische dienstverlening.

Het distributiesysteem werd ook redelijk bevonden. Verzendljsten vertoonden systematiek en wezen op een proportionele spreiding over provincies en instellingen. Het Ministerie van Volksgezondheid beschikte over eigen vervoersmiddelen, maar het slechte wegennet belemmerde een snel transport.

Verzoeken om hernieuwde leveranties van medicijnen werden aanvankelijk niet waarschijnlijk geacht, omdat Mozambique over goedkopere medicijnen uit Oostblok-landen kon beschikken. Vanwege de precare betalingsbalanspositie had Mozambique echter opnieuw een verzoek ingediend bij Nederland voor financiële ondersteuning van medicijnaankopen. Sinds 1986 wordt hiervoor jaarlijks een bedrag van circa *f* 3 miljoen beschikbaar gesteld.

### **32. Soins de Santé Primaires, Guinee Bissau**

Projectverslag 1986; evaluatie 1986 en 1988

Het project maakt deel uit van een nationaal programma voor primaire gezondheidszorg in Guinee Bissau. In het kader daarvan werden de volgende algemene doelstellingen geformuleerd:

- verminderen van het sterftcijfer van de rurale bevolking;
- stimuleren van de autonomie op het gebied van de gezondheidszorg van de rurale bevolking;
- opleiden van lokale gezondheidswerkers (LGW's) en vroedvrouwen;
- opleiden van (para)medisch personeel ten behoeve van de primaire gezondheidszorg.

Guinee Bissau verzocht Nederland om financiële ondersteuning van het programma. Voor de periode 1984 tot 1987 werd f 1.750.000 beschikbaar gesteld. Het programma werd in 1986 geëvalueerd en naar aanleiding daarvan verlengde Nederland zijn bijdrage tot en met 1988 met f 350.000 per jaar. De hulp was en is geconcentreerd op een beperkt aantal regio's en bestemd voor transportmiddelen, bouwmaterialen voor gezondheidsposten, uitrusting voor deze posten en ondersteuning ten behoeve van de scholing van LGW's en (para)medisch personeel. Daarnaast werden 18 Nederlandse artsen in de periode 1983-88 uitgezonden: 14 in het kader van de suppletierегeling en 4 in dienst van het SNV. In deze periode investeerde SNV circa 10 mensjaren in het programma. Ook andere donoren zoals de Zweedse, Italiaanse, Canadese en Franse overheid alsmede UNICEF ondersteunen het programma. Een aantal donoren en NGO's hebben zich recentelijk verenigd in Solidami om tot een beter gecoördineerde aanpak te komen.

Formeel ligt de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het SSP-beleid bij het Ministerie van Volksgezondheid en Sociale Zaken in Guinee Bissau. Eind 1987 heeft het Ministerie een aantal organisatorische wijzigingen doorgevoerd om de doelmatigheid van zijn beleid te vergroten.

De resultaten op dorpsniveau stemden beide missies voorzichtig positief. De meeste gezondheidsposten (375 in 1987) verkeerden in goede staat en waren redelijk bevoorraad. In 1987 waren 1183 LGW's en 863 vroedvrouwen ingezet, welke waren aangewezen door de lokale bevolking. Er was een vaccinatieprogramma en in diverse dorpen werd aandacht besteed aan activiteiten als voeding en moeder- en kindzorg. De bevolking participeerde middels een financiële bijdrage aan het programma. De dienstverlening bereikte ongeveer 170.000 mensen en had onder andere tot gevolg dat de kindersterfte afnam.

Beide missies bekritiseerden het niveau van de opleiding van de LGW's en vroedvrouwen. Een essentieel knelpunt dat zowel in 1986 als in 1988 werd geconstateerd, was het gebrek aan supervisie. In sommige gevallen leidde dat tot het verval van gezondheidsposten en het vertrek van de LGW's. Het ontbreken van supervisie vloeide voort uit de geringe mate van integratie van het programma op regionaal niveau. Volgens beide missies was het regionale kader niet voorbereid op zijn taak en besteedde het nauwelijks aandacht aan preventieve gezondheidszorg. Gebrek aan transportmiddelen droeg bij tot dit probleem.

Op nationaal niveau daarentegen constateerde de missie in 1988 dat de daadwerkelijke politieke steun, die steeds heeft ontbroken, nu gestalte krijgt in de vorm van een nationale directie voor eerstelijnsgezondheidszorg met een eigen

budget. De directie heeft als taak zorg te dragen dat in 1993 80% van de Guineese bevolking betrokken is bij de medische dienstverlening. Men streeft ernaar 900 gezondheidsposten in dat jaar gerealiseerd te hebben.

### **33. Moeder- en kindzorg van kerkelijke instellingen in Tanzania**

Evaluatie 1986

De afgelopen twintig jaar spande de Tanzaniaanse regering zich in voor de opbouw en verbetering van een netwerk ten behoeve van de medische curatieve en preventieve gezondheidszorg voor de bevolking. Hieraan werd onder andere ook vanuit Nederland een bijdrage geleverd via ICCO en CEBEMO, die sinds 1971 in totaal respectievelijk f 15 miljoen en f 16 miljoen beschikbaar stelden.

De activiteiten van ICCO, CEBEMO en hun Tanzaniaanse partner-organisatie concentreerden zich vooral op de versterking van een geïntegreerde moeder- en kindzorg. Hiermee werd gehoor gegeven aan de wens van de Tanzaniaanse overheid.

De dienstverlening vanuit de kerkelijke gezondheidszorg vormde een integraal onderdeel van het nationale gezondheidszorgprogramma van de overheid. Gezondheidsinstellingen van de kerken genoten niettemin een grote mate van autonomie wat betreft beleid en aanpak.

Lange tijd stond curatieve zorg voorop in de aanpak van de kerken. Het beleid richtte zich op vermeerdering van ziekenhuizen en gezondheidsposten in perifere gebieden. Dit sloot goed aan bij de institutionele capaciteit van de kerken. In 1984 was ongeveer 44% van het totaal aantal ziekenhuizen (102 in getal) in Tanzania in beheer van de kerken. Nagenoeg alle ziekenhuizen van de kerk hadden een aparte afdeling voor moeder- en kindzorg, terwijl die zorg ook nog werd geboden vanuit 286 gezondheidsposten in perifere gebieden.

In tegenstelling tot de kerk gaf de Tanzaniaanse overheid er al geruime tijd de voorkeur aan om het nationale gezondheidszorgbeleid te baseren op de grondslagen van de zogenoemde PHC-strategie. In de praktijk bleek dat in het gezondheidszorgprogramma van de overheid te weinig aandacht werd besteed aan bepaalde essentiële onderdelen van de PHC-benadering. In dit verband was onder andere verbetering van aspecten als bevolkingsparticipatie en intersectorale aanpak van de gezondheidsproblemen nodig. Ook de coherentie tussen de verschillende onderdelen van het gezondheidszorgprogramma zou nog verbeterd kunnen worden. Nog te vaak functioneerde elk onderdeel, of het nu ging om family planning of tbc-bestrijding, als een zelfstandig programma met eigen voorzieningen en aanpak.

der andere óók in de moeder- en kind-  
stellingen in Tanzania weinig aandacht aan  
heidszorg. Dit onderdeel ontbrak bijvoor-  
de eigen (verpleegsters)opleidingen. Ook in de  
aspect veronachtzaamd door de medische en  
an preventieve gezondheidswerkers werd toever-

tij te zijn gekeerd en thans onderzoeken de Tanzani-  
en om de moeder- en kindzorg volledig te heroriën-  
tatie en toewijzing van preventieve gezondheidswerkers  
HC-benadering. In dat kader zijn plannen ontwikkeld  
daardisatie van preventieve gezondheidswerkers  
n te werken met publieke apparatuur in moeder- en kind-  
natie vlak wordt door de kerken een betere coördinatie en  
overheid gestimuleerd. Dit betreft bijvoorbeeld de kwestie  
leende diensten.  
ellingen wordt de medische zorg officieel gratis verstrekt terwijl  
ngen een geringe bijdrage in de kosten vragen.

budget. De directie heeft als taak zorg te dragen dat in 1993 80% van de Guineese bevolking betrokken is bij de medische dienstverlening. Men streeft ernaar 900 gezondheidsposten in dat jaar gerealiseerd te hebben.

### **33. Moeder- en kindzorg van kerkelijke instellingen in Tanzania**

Evaluatie 1986

De afgelopen twintig jaar spande de Tanzaniaanse regering zich in voor de opbouw en verbetering van een netwerk ten behoeve van de medische curatieve en preventieve gezondheidszorg voor de bevolking. Hieraan werd onder andere ook vanuit Nederland een bijdrage geleverd via ICCO en CEBEMO, die sinds 1971 in totaal respectievelijk f 15 miljoen en f 16 miljoen beschikbaar stelden.

De activiteiten van ICCO, CEBEMO en hun Tanzaniaanse partner-organisatie concentreerden zich vooral op de versterking van een geïntegreerde moeder- en kindzorg. Hiermee werd gehoor gegeven aan de wens van de Tanzaniaanse overheid.

De dienstverlening vanuit de kerkelijke gezondheidszorg vormde een integraal onderdeel van het nationale gezondheidszorgprogramma van de overheid. Gezondheidsinstellingen van de kerken genoten niettemin een grote mate van autonomie wat betreft beleid en aanpak.

Lange tijd stond curatieve zorg voorop in de aanpak van de kerken. Het beleid richtte zich op vermeerdering van ziekenhuizen en gezondheidsposten in perifere gebieden. Dit sloot goed aan bij de institutionele capaciteit van de kerken. In 1984 was ongeveer 44% van het totaal aantal ziekenhuizen (102 in getal) in Tanzania in beheer van de kerken. Nagenoeg alle ziekenhuizen van de kerk hadden een aparte afdeling voor moeder- en kindzorg, terwijl die zorg ook nog werd geboden vanuit 286 gezondheidsposten in perifere gebieden.

In tegenstelling tot de kerk gaf de Tanzaniaanse overheid er al geruime tijd de voorkeur aan om het nationale gezondheidszorgbeleid te baseren op de grondslagen van de zogenoemde PHC-strategie. In de praktijk bleek dat in het gezondheidszorgprogramma van de overheid te weinig aandacht werd besteed aan bepaalde essentiële onderdelen van de PHC-benadering. In dit verband was onder andere verbetering van aspecten als bevolkingsparticipatie en intersectorale aanpak van de gezondheidsproblemen nodig. Ook de coherentie tussen de verschillende onderdelen van het gezondheidszorgprogramma zou nog verbeterd kunnen worden. Nog te vaak functioneerde elk onderdeel, of het nu ging om family planning of tbc-bestrijding, als een zelfstandig programma met eigen voorzieningen en aanpak.

Vanwege hun curatieve oriëntatie onder andere óók in de moeder- en kindzorg, gaven kerkelijke gezondheidsinstellingen in Tanzania weinig aandacht aan de preventieve kant van de gezondheidszorg. Dit onderdeel ontbrak bijvoorbeeld veelal in het curriculum van de eigen (verpleegsters)opleidingen. Ook in de concrete dienstverlening werd dit aspect veronachtzaamd door de medische en paramedische staf. De training van preventieve gezondheidswerkers werd toevertrouwd aan de overheid.

Recentelijk blijkt echter het tij te zijn gekeerd en thans onderzoeken de Tanzaniaanse kerken de mogelijkheden om de moeder- en kindzorg volledig te heroriënteren in de richting van de PHC-benadering. In dat kader zijn plannen ontwikkeld om op terreinen als recrutering en toewijzing van preventieve gezondheidswerkers alsook wat betreft de standaardisatie van medische apparatuur in moeder- en kindklinieken, nauwer samen te werken met publieke instellingen.

Ook op het beleidsmatige vlak wordt door de kerken een betere coördinatie en samenwerking met de overheid gestimuleerd. Dit betreft bijvoorbeeld de kwestie van betaling voor verleende diensten.

In overheidsinstellingen wordt de medische zorg officieel gratis verstrekt terwijl kerkelijke instellingen een geringe bijdrage in de kosten vragen.



